

# Døråpnere i helsevesenet?

## En studie av praksiskonsulenters erfaringer

Eyolf Aleksander Bakke



Masteroppgave

Det erfaringsbaserte masterstudiet i  
helseadministrasjon  
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi  
Institutt for helse og samfunn  
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2012



© Forfatter

År: 2012

Tittel: Døråpnere i helsevesenet?

En studie av praksiskonsulenters erfaringer

Forfatter: Eyolf Aleksander Bakke

<http://www.duo.uio.no/>

# Sammendrag

Praksiskonsulentordningen – en studie av praksiskonsulenters erfaringer.

## Bakgrunn

Praksiskonsulentordningen (PKO) er forankret i en avtale mellom De regionale helseforetakene og Legeforeningen fra 2005, hvor et nettverk av fastleger, praksiskonsulentene, fungerer i små konsulentstillinger ved sykehus, for å bedre samhandling mellom fastleger, øvrig primærhelsetjeneste og sykehus. Målsettingen med ordningen er å skape helhetlige og godt koordinerte pasientforløp innenfor enkeltnivåer og mellom første - og andrelinjen. Ordningen skal bidra til å bedre arbeids- og ansvarsfordeling når flere parter har behandlingsansvar, samtidig eller i faser av forløpet. Praksiskonsulentordningen er et virkemiddel for å forbedre kvalitet av behandling, logistikk og prioritering, minske variasjoner i praksis og redusere overforbruk av helsetjenester.

## Formål

Jeg ønsket å se nærmere på denne frivillige ordningen. Undersøkelsens hensikt er å fremskaffe ny kunnskap om hvordan praksiskonsulenter opplever praksiskonsulentordningen. Prosjektet tar for seg hvilke arbeidsformer som benyttes, hvilke erfaringer som er gjort i ordningen, og hvilke refleksjoner praksiskonsulentene har omkring eventuelle behov for endringer og forandringer i praksiskonsulentordningen.

## Materiale og metode

Jeg gjennomførte en kvalitativ studie basert på dybdeintervju av fire praksiskonsulenter tilsatt ved samme helseforetak. Informantene representerer et strategisk utvalg. To av informantene er knyttet til det største sykehuset i sykehusområdet, og to er knyttet til det nest største sykehuset. Jeg hadde ingen informanter fra det minste sykehuset.

## **Resultater**

Analyseresultatene av materialet er drøftet opp mot teorigrunnlaget og viser at praksiskonsulentordningen har en utfordring i møte mellom to ulike typer organisasjoner. I følge Mintzberg har sykehuset, spesialisthelsetjenesten, implikasjonene på en profesjonell organisasjon, mens fastlegenes legepraksis, ”småskalavirksomhet” ligner en entreprenørorganisasjon. Fastlegene som er ansatt i praksiskonsulentordningen har med seg sin entreprenørholdning, enkle beslutningslinjer og raske prosesser, inn i møte med det store prosessbaserte og byråkratiske sykehussystemet. I dette møtet, ses det på som en mulighet, og som viktig, at man i ordningen knytter personlige kontakter. Gjennom nettverksbygging utveksles informasjon og mulighet for å kunne påvirke systemet nedenfra. Det satses på å gjøre disse møteplassene mer kjent, og funksjonelle som viktige arenaer for fastlegers og sykehuslegers samhandling om forbedrede pasientforløp, inn og ut av sykehus.

## **Konklusjon**

Det er en organisasjonskollisjon mellom allmennhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Når to systemer er forskjellige, er de ikke øyeblikkelig kompatible. ”Språket” må oversettes begge veier, men det oppstår språkforvirring. Praksiskonsulentordningen kan være et nyttig ”oversettelsesprogram”, om samhandling i praksis, i praksis.

Implementeringsutfordringer på systemnivå er sterkt fremtredende i materialet. Lang saksbehandling, multippel involvering og ulike sykehuslokasjoner vanskeliggjør operasjonaliseringen av samhandlingen. En viktig rolle for praksiskonsulentene blir derfor å skape arenaer for felles deltagelse og informasjonsformidling mellom allmennhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, der klinikere møter klinikere. Denne brobyggerholdningen og samhandlingsoppgaven utøves på faglig utviklende, tillitskapende og sosialisierende møteplasser.

# Forord

Høsten 2010. Det erfaringsbaserte masterprogrammet i helseadministrasjon oppviste et vell av varierte læringsmetoder og læringsarenaer. Den teoretiske plattformen var sammensatt og solid, i tillegg reiste klassen (kull XXIV) på en rekke befaringer og besøkte ”helsesystemer”, både på klinikknivå og beslutningsnivå. I tillegg gjestet en rekke forelesere og foredragsholdere kursdagene på instituttet. Forskningsmiljøer, interesseforeninger og institusjoner informerte om deres arbeidsfelt og oppgaver. Bjørnar Nyen fra Kunnskapssenteret fortalte om Praksiskonsulentordningen (PKO).

Dette var nytt for meg, en frivillig, etablert ordning om samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og legeforeningen, her og nå, i tiden frem mot Samhandlingsreformens innføring gjennom lov og forskrift! Dette var interessant, hvordan fungerer denne frivillige ordningen, hvilke erfaringer er høstet, hvordan arbeider praksiskonsulentene på dette samhandlingsområdet?

Våren 2012. Jeg ønsket å gjøre en kvalitativ studie omkring Praksiskonsulentordningen. 12. januar ble dokumentasjonen oversendt NSD for vurdering. En drøy måned senere fikk vi svar. Meldeskjema, prosjektbeskrivelse, intervjuguide, informasjonsskriv og samtykkeerklæring tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven. Jeg kan bevege meg ut på forskningsfeltet og på feltarbeid!

Jeg vil takke praksiskonsulentene som fant tid og sted til å delta på intervju i en ellers travel hverdag, og ikke minst praksiskonsulentkoordinatoren, min førstekontakt, som velvillig satt sitt ”mannskap” til disposisjon, og la forholdene godt til rette for at undersøkelsen kunne gå sin gang. Jeg vil også gjerne få takke hovedveileder Jan C. Frich og veileder Sverre V. Lerum for strålende veiledning, og god oppmuntring og nyttige innspill også mellom de avtalte veiledningsmøtene.

Og en takk til Cecilia som huset meg i kortere og lengre skriveperioder i hovedstaden.

Oslo, mai 2012

Eyolf A. Bakke



# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	11
1.1.1	Hva, og hvorfor? .....	13
1.1.2	Hvordan? .....	13
2	Problemstilling .....	15
2.1.1	Ulike møtearenaer som det refereres til i oppgaven.....	16
3	Metode.....	18
3.1.1	Materiale og metode.....	18
3.1.2	Valg av metode, systematisk tekstkondensering.....	18
3.1.3	Hvorfor intervju som metode i denne oppgaven? .....	19
3.1.4	Rekruttering.....	20
3.1.5	Intervjuguide .....	21
3.1.6	Gjennomføringen av intervjuene.....	21
3.1.7	Datamaterialet og analyseprinsipper .....	22
4	Teori .....	24
4.1.1	Gjensidig tilpasning.....	26
4.1.2	Direkte veiledning .....	27
4.1.3	Standardisering av arbeidsprosesser.....	27
4.1.4	Standardisering av resultater .....	27
4.1.5	Standardisering av ferdigheter .....	28
4.1.6	Standardisering av normer .....	28
4.1.7	Koordineringsmekanismer i bruk.....	28
4.1.8	Sykehus, en maskinorganisasjon? .....	28
4.1.9	Sykehuslegene, den profesjonelle organisasjonen i maskinorganisasjonen? .....	29
4.1.10	Fastlegene, en entreprenørorganisasjonen? .....	29
5	Resultater og funn .....	30
5.1	Sammenfatning, beskrivelser og begreper.....	30
5.2	Arbeidsformer. Hver gang vi møtes....	30
5.2.1	Innholdsbeskrivelse .....	30
5.3	Erfaringer. Får vi det til...? .....	34
5.3.1	Innholdsbeskrivelse .....	34
5.3.2	Rekruttering.....	34



5.3.3	Motivasjon.....	35
5.3.4	Nyttige erfaringer, fremmere.....	36
5.3.5	Dårlige erfaringer, hemmere .....	37
5.3.6	Egen rolle – metaforer.....	38
5.4	Forbedringer. Vi skulle kanskje.....	39
5.4.1	Innholdsbeskrivelse .....	39
5.4.2	Samhandlingssjef .....	40
5.4.3	Konsolidering .....	40
5.5	Samhandlingsreformen. Retningen videre... ..	41
5.5.1	Innholdsbeskrivelse .....	41
5.5.2	Riktige forutsetninger.....	41
5.5.3	Kompetanse .....	42
5.5.4	Forebygging .....	42
6	Analyse og diskusjon .....	44
6.1	Tema Arbeidsformer.....	44
6.1.1	Fellesmøter .....	44
6.1.2	Avdelingsmøter .....	44
6.1.3	Møteplassen.....	45
6.1.4	Praksisnytt .....	46
6.1.5	Prosjekter / Ressursgruppe .....	46
6.1.6	Kampanjer / Legekontor / Kurs.....	47
6.1.7	Ansatt .....	47
6.2	Tema Erfaringer.....	48
6.2.1	Rekruttering.....	48
6.2.2	Motivasjon.....	48
6.2.3	Nyttige erfaringer, fremmere.....	49
6.2.4	Dårlige erfaringer, hemmere .....	49
6.2.5	Egen rolle – metaforer.....	50
6.3	Tema Forbedringer .....	50
6.3.1	Samhandlingssjef .....	50
6.3.2	Konsolidering .....	51
6.4	Tema Samhandlingsreformen.....	51
6.4.1	Riktige forutsetninger.....	51

6.4.2	Kompetanse .....	51
6.4.3	Forebygging .....	52
6.5	Validitet .....	52
7	Oppsummering .....	53
7.1.1	Organisasjonstyper .....	53
7.1.2	Koordineringsmekanismer .....	53
8	Konklusjon .....	55
	Litteraturliste .....	57
	Vedlegg .....	58

# 1 Innledning

Jeg har bakgrunn som lærer i grunnskolen, og har siden 1987 vært aktiv politiker i lokal- og regionpolitikk. De siste valgperiodene har jeg vært fylkestingsrepresentant og fylkesutvalgsmedlem i Aust-Agder. Som fylkestingsmedlem var jeg ”sykehuseier” frem til Helseforetaksloven ble innført. Jeg er nå eieroppnevnt styremedlem i helseforetaket hvor studien er gjennomført. Helsepolitikkfeltet har interessert meg i alle år. Jeg mener at all politikk, i hvert fall store deler av den, eller i den, handler om befolkningens helse, om trygghet for samfunnsliv og trygghet ved egen helse.

Jeg har tidligere tatt en Bachelor i helseledelse og helseadministrasjon ved Institutt for helse og samfunn ved UiO, og ble i 2010 tatt opp på det erfaringsbaserte masterprogrammet i helseadministrasjon, MHA, ved samme institutt. Praksiskonsulentordningen ble for meg introdusert gjennom en av presentasjonene i en gjesteforelesningsrekke. Jeg ville se nærmere på denne ordningen.

Utgangspunktet for dette prosjektet er en egeninteresse, men også en politisk interesse for samhandling i praksis, og ikke bare på ”papiret”. Hvilke resultater har praksiskonsulentordningen gitt for pasientene, legene og virksomhetene? Kunnskap om praksiskonsulentordningen vil kunne ha relevans for beslutningstakere og aktører i helsetjenesten. I ordningen kan det ligge erfaringsbasert innsikt som vil kunne være nyttig for implementeringen av Samhandlingsreformen.

Praksiskonsulentordningen (PKO) er forankret i en avtale mellom De regionale helseforetakene og Legeforeningen fra 2005, hvor et nettverk av fastleger, praksiskonsulentene, fungerer i små konsulentstillinger ved sykehus, for å bedre samhandling mellom fastleger, øvrig primærhelsetjeneste og sykehus. Målsettingen med ordningen er å skape helhetlige og godt koordinerte pasientforløp innenfor enkeltnivåer og mellom første - og andrelinjen. Ordningen skal bidra til å bedre arbeids- og ansvarsfordeling når flere parter har behandlingsansvar, samtidig eller i faser av forløpet. Praksiskonsulentordningen er et virkemiddel for å forbedre kvalitet

av behandling, logistikk og prioritering, minske variasjoner i praksis og redusere overforbruk av helsetjenester.

Arbeidet innen rammen av praksiskonsulentordningen skjer dels praktisk i helseforetakenes klinikker, men også på ledelsesnivå i ulike samhandlingsprosjekter og gjennom løpende utvikling. Praksiskonsulentene arbeider med samhandlingsspørsmål på systemnivå, i motsetning til for eksempel sektorsykepleiere som på sin side bidrar til å koordinere pasientforløp for enkeltpasienter. Praksiskonsulentene publiserer informasjon til fastleger og øvrige brukere gjennom nyhetsbrev, på foretakenes hjemmesider, formidler kontakt med direkte telefonnummer til fastlegene, og er aktive på samhandlingsarenaer i form av kursvirksomhet og lignende.

Praksiskonsulentene er oftest engasjert svarende til 5-20 % stillinger på de kliniske avdelingene, mens koordinatorstillingene varierer mellom 20-50 % stilling.

Koordinatorene fungerer som ledere for ordningen i det helseforetak de er ansatt.

(Årsrapport 2010, Helse Sørøst)

Samhandlingsreformen, (St.meld.nr.47) innføres fra 2012 og representerer ulike nye virkemidler som pålegges helsetjenesten i form av lov og forskrifter. Konsekvenser av reformen vil først i ettertid kunne etterprøves. Praksiskonsulentordningen er på sin side et eksempel på en ”frivillig” samhandling, og er et virkemiddel som er innført i forkant av Samhandlingsreformen. Det er derfor interessant og utforske erfaringer om hvordan praksiskonsulentordningen fungerer og hvordan praksiskonsulenter mener ordningen kan påvirke arbeidsfeltet mellom første- og andrelinjetjenesten.

Det eksisterer noe forskning om praksiskonsulentordningen som samhandlingsarena, men med en annen vinkling enn den jeg har valgt. Jeg har hatt tilgang til to masteroppgaver som behandler praksiskonsulentordningen.

Den ene oppgaven, ”Bridging Troubled Waters”, er skrevet av Oddveig Margrete Ytreland Vistnes, og behandler problemstilling: ”Hvordan spiller Praksiskonsulentordningen ved Stavanger Universitets Sykehus en rolle for

samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten ved Helse Stavanger, Stavanger Helseforetak?” (Ytreland Vistnes 2008).

Den andre oppgaven, ”Mind the Gap!”, er skrevet av Vanja Risanger, og behandler problemstillingen: ”Hvordan påvirker organisering av PKO arbeid for samhandling ved ulike helseforetak?” (Risanger 2008)

### **1.1.1 Hva, og hvorfor?**

Jeg tror det er viktig å forske på praksiskonsulentordningen med tanke på tre ulike dimensjoner. Kan oppgaven gi ny innsikt i rolleforventningen til de ulike aktørene som deltar i selve ordningen? Kan oppgaven gi begrunnelse for ytterligere forankring og merverdi av ordningen for beslutningstakere i overordnet strategiarbeid? Kan oppgaven ha overføringsverdi til andre samhandlingsarenaer, for eksempel ved implementering av spesifikke temaområder i Samhandlingsreformen?

Det er mitt mål at resultatene i oppgaven skal kunne tilføre ny og anvendelig kunnskap til ett eller flere av de ovennevnte dimensjonene, at oppgaven kan brukes til noe nyttig, og ikke bare blir et skriftlig framlegg om noe man allerede vet fra før.

### **1.1.2 Hvordan?**

Jeg har prøvd å møte problemstillingen og den metodiske arbeidsprosessen med et reflekter, men åpent og nysgjerrig sinn. Samtidig ønsker jeg å beskrive min fremgangsmåte grundig, og prøver å formidle min forforståelse på en klargjørende måte. Hvordan kan mine roller bevisst eller ubevisst påvirke mine spørsmålsstillinger i oppgaven, og hvorledes påvirker min bakgrunn intervjusituasjonen i møte med mine informanter?

Med et nysgjerrig blikk på PKO kan min positive forforståelse av ordningen overskygge eventuelle negative implikasjoner ved den. Som aktiv politiker kan implisitte interessefokuseringer favorisere ”min” politiske retning, og være negativ til, eller neglisjere det eksisterende regimet. Hvor bundet, eller hvor frie vil informantene

være i møte med en forsker som samtidig har det overordnede arbeidsgiveransvaret til dem som nettopp skal bidra med det empiriske materialet?

”Fordi en sak oftest kan ha flere sider, og et funn som regel har flere mulige tolkninger, er forskerens oppdrag å ta stilling til hvorfor hun anser sin egen konklusjon som det sterkeste alternativet. Nærheten til stoffet kan vanskeliggjøre kritisk refleksjon. Som forskere kan vi komme til å identifisere oss så sterkt med en bestemt løsning at vi ikke klarer å se alternativene. Derfor er det alltid viktig å spørre seg selv om hva som er med på å bestemme det jeg ser – hva er mitt utkikkspunkt for observasjoner og tolkninger, hvilke briller har jeg på når jeg leser mine data, hva betyr den kulturelle og teoretiske tradisjonen jeg står i for de spørsmål jeg har stilt?”

(Malterud 2008, s. 28)

Underveis i prosessen har jeg konfrontert meg selv med slike spørsmål, veilederne har også stilt spørsmål om hvordan min bakgrunn bevisst eller ubevisst har påvirket kunnskapsutviklingen i arbeidsprosessen. Jeg mener at gjennom disse øvelsene er produktet blitt en tilnærmet objektiv fremstilling av den lokale praksiskonsulentordningen som er undersøkt..

## 2 Problemstilling

### Formål

Undersøkelsens formål er å fremskaffe ny kunnskap om hvordan praksiskonsulenter opplever praksiskonsulentordningen.

### Problemstilling

Prosjektet utforsker følgende tre problemstillinger:

1. Hvilke arbeidsformer benytter praksiskonsulenter seg av?
2. Hvilke erfaringer har praksiskonsulentene når det gjelder sin egen rolle og ordningens nytteverdi, styrker og svakheter?
3. Hvilke refleksjoner har praksiskonsulentene om eventuelle behov for endringer og forbedringer i ordningen?

## **2.1.1 Ulike møtearenaer som det refereres til i oppgaven**

### **Fellesmøter**

Ved ett av sykehusene nevnes fellesmøter som en arena for formidling. Disse fellesmøtene det refereres til er de faste mandagsmøtene ved sykehuset. Dette møte avholdes ukentlig i Auditoriet, hvor det informeres om ulike forhåndsannonserte temaer. Auditoriet har ca. 150 sitteplasser.

### **Avdelingsmøter**

Praksiskonsulentene har deltatt i en rekke møter på sykehusene. I linjeterminologien kan nivåene for eksempel sorteres som klinikk, seksjon, avdeling og avsnitt, eller på en annen måte fortelle noe om overbygning og organisering fra helhet til enhet. På avdelingene møter praksiskonsulentene andre klinikere i større grad enn på klinikknivå, ledelsesnivå.

### **Møteplassen**

Møteplassen er en slags møteserie arrangert av Praksiskonsulentordningen hvor fastleger og sykehusleger møtes for faglig og sosial utvikling. Et eksempel på et utdrag fra en invitasjon og et tema for Møteplassen kan være:

Tema: Endokrinologi.

Vi ønsker å ta opp interessante sykehistorier hvor fastlege og sykehusavdeling har vært involvert og få en faglig oppdatering innenfor aktuelle temaer. I tillegg ønsker vi å ha en toveis spørretime med de forskjellige sykehusavdelingene der fastlegene og sykehuslegene kan ta opp samarbeidsrutiner og faglige spørsmål. Samme kurs holdes ved alle sykehusene.

### **Praksisnytt**

Praksisnytt er en informasjonsside på Internett, for allmennleger og sykehusleger i det bestemte sykehusområdet. [www.praksisnytt.no](http://www.praksisnytt.no) Her finnes Kontaktregister,



Henvisningsmaler, Nyhetsarkiv, Eksterne lenker, informasjon om Hospiteringer, Kurs, med videre. Internettsiden har også en søkefunksjon, og lenker til medisinske temaer; Endokrinologi, Farmakologi, Geriatri, og så videre.

Praksisnytt som papirutgave, sendes også per post til fastlegene, eller distribueres til aktuelle mottakere i sykehusene. Praksisnytt har et opplag på 850 eksemplarer.

### **Prosjekter / Ressursgruppe**

Prosjekt- eller ressursgrupper etableres ofte av sykehuset i utarbeidelse av nye behandlingslinjer, eller ved endringer av eksisterende. Denne arbeidsformen er ofte tidkrevende og involverer ulike grupper i helsevesenet.

### **Kampanjer / Legekontor / Kurs**

I oppgaven behandles de ovennevnte begrepene. Som kampanje refereres det da til temaer i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen ”I trygge hender 24/7”. Legekontor refererer til praksiskonsulenters besøk hos fastlegene, og kurs refererer til kurs initiert og arrangert i regi av Praksiskonsulentordningen.

## 3 Metode

### 3.1.1 Materiale og metode

Kvalitative forskningsmetoder egner seg til å utvikle kunnskap om kvaliteter, egenskaper og karaktertrekk ved ulike fenomener.

### 3.1.2 Valg av metode, systematisk tekstkondensering

I oppgaven har jeg valgt analysestrategien ”systematisk tekstkondensering”.

Analysemetoden som velges skal knytte sammen empiri og resultater ved at det organiserte datamaterialet blir fortolket og sammenfattet. Problemstillingen danner grunnlaget for materialet, og resultatene er de eksemplene og de kjennetegnene som vi gjennom systematisk kritisk refleksjon kan kartlegge og videreformidle.

Det skal i forskningsarbeidet legges vekt på det å ha et bevisst forhold til egen rolleforståelse og forforståelse, i selve prosessen og i møte med datamaterialet og det teoretiske rammeverket. Systematikken i arbeidet skal understøtte konklusjonene, og kvalitetssikre den retningen disse peker ut.

I boka ”Kvalitative metoder i medisinsk forskning”, har forfatteren Kirsti Malterud modifisert Giorigis fenomenologiske analyse, og viser en praktisk og konkret fremgangsmåte for systematisk analyse av kvalitative data.

”Formålet med den fenomenologiske analysen er å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden innen et bestemt felt. Vi leter etter essenser eller de vesentlige kjennetegn ved de fenomener vi studerer, og forsøker å sette våre egne forutsetninger i parentes i møte med data. Samtidig vet vi at det egentlig er et uoppnåelig mål. Vi påtar oss derfor ansvaret for å ha et reflektert forhold til vår egen innflytelse på materialet, slik at vi mest mulig lojalt kan gjenfortelle informantens erfaringer og meningsinnhold uten å legge våre egne tolkninger som fasit”. (Malterud 2008, s. 99).

Nedenfor omtaler jeg hovedstrukturen i metoden, for deretter å konkretisere metoden i bruk på det innsamlede datamaterialet.

Malterud anbefaler at analysen gjennomføres i fire trinn, der stikkordene er:

1. Å få et helhetsinntrykk
2. Å identifisere meningsbærende enheter
3. Å abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene, og
4. Å sammenfatte betydningen av dette.

### **3.1.3 Hvorfor intervju som metode i denne oppgaven?**

... metoden avgjøres av problemstillingen, og ikke omvendt. (Malterud 2008, s.26)

Problemstillingene i denne studien egnet seg godt for utforskning gjennom kvalitativ metode, hvor formålet er å fremskaffe ny kunnskap om hvordan praksiskonsulentene opplever praksiskonsulentordningen.

På bakgrunn av problemstillingen og gjennom metodologiske vurderinger valgte jeg å benytte intervju, av typen dybdeintervju / semistrukturerte intervju, for å samle data om praksiskonsulenters arbeidsformer, erfaringer og refleksjoner. Andre kvalitative metoder kunne ha blitt benyttet, men ble valgt bort. En mulighet for datainnsamling kunne vært observasjon, med ulik grad av deltakelse fra forskerens side. En annen form for tilnærming kunne vært fokusgrupper, eller gruppeintervju i en eller flere slike fokusgrupper.

Hvorfor ble ikke fokusgrupper valgt for å innhente kvalitative data? Min problemstilling spisser seg direkte inn mot praksiskonsulentenes erfaringer. Dersom problemstillingen hadde vært bredere, og flere aktører i samhandlingskjeden skulle undersøkes, som for eksempel fastlegene, praksiskonsulentene, sykehuslegene og sykehusledelsen, ville det kunne vært mer hensiktsmessig å benytte fokusgrupper. Observasjon av praksiskonsulentene i samhandlingssituasjoner eller i ulike former for

samhandlingsoppdrag kunne ha supplert oppgaven med ytterligere feltkunnskap, men ble ikke en del av datainnsamlingen i dette prosjektet. En annen mulighet for å supplere datamaterialet kunne ha vært å sende ut spørreskjemaer hvor en la opp til ”kvalitative åpne svar”.

Av praktiske årsaker, som tidsfaktor og en bedre tilgjengelighet til praksiskonsulentene som en og en, enn i samlet gruppe, samt problemformuleringens innretning, ble min kvalitative empiri samlet inn som samtaler, gjennom semistrukturerte intervjuer. Denne metodikken var hensiktsmessig og mest realistisk å få gjennomført i prosjektet.

### **3.1.4 Rekruttering**

Knyttet til hva som var praktisk mulig å gjennomføre, og med hensyn til det som er et vanlig antall i slike oppgaver, tok jeg sikte på å rekruttere inntil fem praksiskonsulenter tilknyttet ett helseforetak. Rekrutteringen skjedde gjennom at koordinator for praksiskonsulentene i foretaket ble kontaktet, som så videreformidler forespørsel til aktuelle praksiskonsulenter. De ble informert om studien skriftlig, og det ble innhentet samtykke fra deltagerne.

Etter mail-henvendelsen avtalte jeg møtested og møtetidspunkt med fire praksiskonsulenter, tre kvinner og en mann. Jeg møtte to av dem på deres legekontor, og jeg møtte to av dem i deres privathjem. Jeg mener disse fire informantene utgjør et strategisk utvalg som er i stand til å belyse prosjektets problemstilling. De representerer akkurat halvparten av antallet praksiskonsulenter i ordningen, hvor to er knyttet opp mot ett sykehus i sykehusområdet, og de to andre er knyttet opp mot et annet sykehus i sykehusområdet. De to sykehusene representerer de to største i sykehusområdet. Har jeg et tilstrekkelig materiale fra disse fire respondentene?

På den ene siden må ikke tilfanget av datamateriale være så omfangsrikt at en enslig forsker står i fare for å miste oversikten i analysefasen. Materialet må heller ikke være for lite eller for magert, da risikerer man rett og slett å ha for lite data. Datamaterialet skal være tilstrekkelig. Malterud gir i sin bok denne refleksjonen omkring spørsmålet

om tilstrekkelig datamateriale: ”... hvis vi gjør analysearbeidet parallelt med datainnsamlingen, vil vi se når vi har tilstrekkelig materiale til å belyse problemstillingen, og når det å tilføre nye data ikke innebærer at vi utvikler ny kunnskap.” (Malterud 2008, s. 66)

I denne studien startet jeg transkripsjonsarbeidet senest dagen etter intervjuene, og foretok analysearbeidet parallelt med datainnsamlingen. I denne prosessen vurderte jeg datamaterialet som tilstrekkelig for å belyse problemstillingen etter fire intervjuer, ett intervju mindre enn antallet i prosjektbeskrivelsen.

### **3.1.5 Intervjuguide**

Jeg laget en intervjuguide som ble et godt hjelpemiddel for å ha en god fremdrift under intervjuene. Den inneholdt stikkord og spørsmålsstillinger innenfor de temaene jeg ønsket data om. En samtale skal være dynamisk, ikke statisk eller standardisert. Det er derfor et poeng at intervjuguiden ikke er for detaljert eller at den følges slavisk. I samtalen kan informantene og intervjueren åpne opp for nye spørsmål angående problemstillingen, tilpasse møtet med den enkelte informanten, og konsentrere seg om enkelte temaer fremfor andre temaer.

I tillegg til å reflektere omkring det å bli mer bevisst på min rolle som intervjuer, endret og forbedret jeg intervjuguiden underveis. Spørsmålsstillinger som var veldig sammensatte ble endret til spørsmål med et tydeligere presisjonsnivå. Enkelte spørsmål på siden av tematikken ble strøket, og informantenes svar gav grunnlag for å stille nye spørsmål. Et eksempel på en utvidelse av samhandlingsspørsmålet som egentlig skulle ta for seg praksiskonsulentenes oppgave på området mellom fastlegene og sykehuset, var praksiskonsulentenes refleksjoner rundt samhandlingsreformen, i lys av deres erfaringer fra praksiskonsulentordningen.

### **3.1.6 Gjennomføringen av intervjuene**

Praksiskonsulentene ble på et tidspunkt informert av sin praksiskonsulentkoordinator om prosjektet, og de ble oppfordret til å delta i intervjuundersøkelsen. Da jeg fikk kontaktinformasjonen utlevert av praksiskonsulentkoordinatoren sendte jeg ut

prosjektbeskrivelsen og annen informasjon til samtlige praksiskonsulenter. På denne måten ble min person, min tilknytning og min bakgrunn presentert. I neste omgang avtalte vi møtetidspunkt for intervjuene per telefon. Deretter, i starten av selve intervjusituasjonen, formidlet jeg igjen min bakgrunn og intensjoner med prosjektet.

Siden praksiskonsulentene er ansatt i en 10 % stilling ved sykehuset, var det riktig å tilkjennegi at jeg sitter i styret for helseforetaket. Dette virket som godt kjent, og som uproblematisk for informasjonsutvekslingen gjennom intervjuene. En indikator på at informantene opplevdes som frittalende, kan eksempelvis være åpenheten i forhold til ulike konflikter mellom de to største sykehusene i sykehusområdet, noe frustrasjon i forhold til fastleger og sykehuslegers manglende involvering, og egenkritikk i forhold til måloppnåelse på enkelte felter i praksiskonsulentordningen. En indikator på det motsatte, at man kanskje var mer bundet i forhold til åpenhet til meg som intervjuer, var at det ikke fremkom noe direkte kritikk til styret eller ledelsen ved sykehusene.

Informantene syntes komfortabel med intervjusituasjonen, jeg opplevde stor imøtekommenhet og grundighet. Som intervjuer var jeg usikker i den tidligste fasen. Etter gjennomlytting og transkripsjon av det første intervjuet endret jeg min egen deltakelse og aktivitet under intervjuene fremover. Jeg merket jeg at kunne tendere til å overdøve informanten, og at jeg kanskje gikk glipp av poenger som informanten ønsket å formidle. Jeg tonet ned egne inntrykk, meninger og forforståelse, og var mer bevisst på rollen som intervjuer og forsker, ved å stille presise spørsmål, og å lytte til svarene.

### **3.1.7 Datamaterialet og analyseprinsipper**

Materialet består av 4 dybdeintervjuer som er tatt opp på digital lydopptaker, de er transkribert og anonymisert.

Hvert enkelt intervju er *tematisert* og de meningsbærende enhetene er *kodet*. Arbeidsformer og Erfaringer er eksempler på temaer, mens ”avdelingsmøter”, ”Møteplassen” eller ”kampanjer” er eksempler på forskjellige kodegrupper.

I kapittel 4 presenteres teorien.

I kapittel 5 presenteres resultater og funn.

I kapittel 6 presenteres analysen og diskusjonen.

I kapittel 7 oppsummerer jeg analysen.

I kapittel 8 presenterer jeg konklusjonen.

## 4 Teori

Den teoretiske referanserammen er boken ”Mintzberg On Management” av Henry Mintzberg, og i særlig grad hans gjennomgang av organisasjonstyper og koordineringsmekanismene man gjenkjenner i de ulike typene av organisasjoner.

Mintzbergs sjeler til en parallell som benyttes i systematikken fra biologien, for å klassifisere og kategorisere ulike organisasjoner. Han bruker ikke hele registeret; rike, rekke, klasse, orden, familie, slekt, og art, men han argumenterer for at organisasjoner er ulike, og at man finner særpregede kjennetegn som bidrar til å kunne klassifisere og kategorisere ulike organisasjoner. Mintzberg påviser syv organisasjonstyper, eller hovedtyper av organisasjoner. Disse markeres som:

- Entreprenørorganisasjonen
- Maskinorganisasjonen
- den Oppdelte organisasjonen
- den Profesjonelle organisasjonen
- den Innovative organisasjonen
- den Misjonerende organisasjonen
- den Politiske organisasjonen.

(Mintzberg 1989, s. 94)

Utenfra har organisasjonene en bestemt typologi, men Mintzberg legger mer vekt på hva som skjer innenfor organisasjonene, karakteristika i organisasjonenes indre struktur og liv. Organisasjonenes ”opprinnelse” er viktig, men enda viktigere er ”evolusjonen” i de ulike organisasjonene. Organisasjonsmangfoldet er begrenset av ”miljøet”, de ytre, men også av de indre omgivelser. Organisasjonene må tilpasse seg forskjellige omstendigheter og håndtere forandringer, de må finne nisjer og former, for å kunne fortsette å eksistere. Organisasjonene ”konfigurerer” seg ulikt. Gjennom konfigurasjonen søker organisasjonene ”harmoni”, en tilpasning, en indre endring, for sin egen overlevelses skyld.



Mintzberg utfører en videre oppdeling av disse 7 typene av organisasjoner, i betydningen av at han peker på 7 elementære kjennetegn på, eller byggeklosser i organisasjonene som kan brukes til å forstå hvordan disse organisasjonene virker eller fungerer. Disse kjennetegnene spenner over de komponentene, delene og mekanismene i en organisasjon, som organisasjonen bruker for å koordinere arbeidet, og over elementer i organisasjonenes struktur, styrkesystem og sammenheng. Mintzbergs grunnleggende poeng er, at disse gitte kjennetegnene synes og ”konfigurere”, å bli oppstilt i ulike varianter av ”hovedlogoen”. Han refererer derfor til ulike typer av organisasjoner som ”konfigurasjoner”, som oppstillinger. (Mintzberg 1989, s. 94)

Disse 7 kjennetegnene blir ulikt satt sammen og blir til konfigurasjoner av organisasjoner, delene som utgjør helheten. Disse funksjoner og kjennetegn, elementer og mekanismer, koordinering og sammenhenger, er etter Mintzbergs teori;

the Operating Core, the Strategic Apex, the Middle Line, the Technostructure, the Support Staff, the Ideology, og the External Coalition. (Mintzberg 1989, s. 98 og s. 99)

Konfigurasjon er systemer, nettverk av interne forhold som dannes eller formes, og som utgjør organisasjonen, mer enn kun individuelle parallelle faktorer. Man ser ikke på enkeltvariabler i lineære eller isolerte enheter, men på typer av sett eller byggmoduler som kjennetegner og som utgjør konfigurasjonen, oppstillingen, arketyper eller gestalten. Organisasjonen har ikke en markør eller ett kjennetegn, men disse 7 attributtene og egenskapene fremstår i forskjellig tyngdekombinasjoner, ”for å få det hele sammen, for å få det til å virke”, i de ulike organisasjonstypene. (Mintzberg 1989, s. 95)

En side ved teorien, handler det om å ta utgangspunktet i ”relative” oppstillinger av deler eller elementer, som settes sammen i ulike kombinasjoner, og som gjenkjennes som kjennetegn i ulike organisasjoner. Ved å bruke denne metoden til å tilnærme seg ulike organisasjonstyper på, kan man bli hjulpet til å identifisere, sortere og klassifisere variasjonene i organisasjonstypene. (Mintzberg 1989, s. 94)

Altså, innenfor de 7 ulike organisasjonstypene gjenfinnes 6 elementære kjennetegn. Kombinasjonen av disse, eller ”størrelsen” på dem, i hvilken grad de er fremtredende eller ikke, utkrystalliserer de ulike organisasjonstypene. (Mintzberg 1989, s. 98-99)  
Ulike organisasjonstyper beskrives altså gjennom 6 grunnleggende former for koordineringsmekanismer.

“The structure of an organization can be defined as the total of the ways in which its labor is divided into distinct tasks and then its coordination achieved among those tasks” (Mintzberg 1989, s. 100-101).

Jeg vil i oppgaven konsentrere meg om Mintzbergs opplistning og definering av de seks grunnleggende koordineringsmekanismene som han mener finnes i ulike organisasjoner, og undersøker hvorvidt jeg finner eksplisitte, kombinasjoner, eller fravær av disse kjennetegnene ved praksiskonsulentenes arbeidsfelt og arbeidsformer.

De 6 grunnleggende koordineringsmekanismene kan oversettes på denne måten:

- |                                        |                                     |
|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Gjensidig tilpasning                | (Mutual adjustment)                 |
| 2. Direkte veiledning                  | (Direct supervisjon)                |
| 3. Standardisering av arbeidsprosesser | (Standardization of work processes) |
| 4. Standardisering av resultater       | (Standardization of outputs)        |
| 5. Standardisering av ferdigheter      | (Standardization of skills)         |
| 6. Standardisering av normer           | (Standardization of norms)          |

Mintzberg hevder at disse koordineringsmekanismene er å betrakte som grunnleggende elementer i de ulike organisasjonstypene, at de representerer limet som holder den enkelte organisasjonen sammen.

Jeg redegjør kort for de seks koordineringsmekanismene som er listet opp:

#### **4.1.1 Gjensidig tilpasning**

Aktiv bruk av muntlig kommunikasjon. Man koordinerer arbeidet ved å snakke sammen. Man er åpne for ulike løsningsforslag, og blir enige om hvordan oppgaven skal løses eller justeres. Dialogens begrensning er først og fremst antall involverte. En leder i en stor virksomhet kan nødvendigvis ikke snakke med hver og en medarbeider.

Jeg har kalt koordineringsmekanismen: ”Skal vi gjør det sånn?”

#### **4.1.2 Direkte veiledning**

Man koordinerer arbeidet ved at en leder ofte gjennom muntlige instruksjoner eller ordre får arbeidet distribuert og gjennomført. Begrensningen i denne monologen er lederens kapasitet og innsikt i de eventuelle komplekse, og i de ulike arbeidsoppgavene som skal gjennomføres av flere medarbeidere i et samarbeid. Det kan være enklere å drive et hybelhus enn et sykehus.

Jeg har kalt koordineringsmekanismen: “Sånn skal dere gjøre det!”

#### **4.1.3 Standardisering av arbeidsprosesser**

Arbeidsinstruks. Man koordinerer medarbeidernes oppgaver gjennom å spesifisere de ulike arbeidsprosesser for den enkelte medarbeider i en sammenhengende arbeids-, tjeneste-, eller produksjonslinje. En arbeidsinstruks kan lettere spesifisere ferdigheter og forventninger, enn å regulere personlige egenskaper og integritet. En arbeidsinstruks kan kreve ”kloke hoder”, men kan i begrenset grad oppnå ”varme hender”.

Jeg har kalt koordineringsmekanismen: ”Sånn er prosedyren!”

#### **4.1.4 Standardisering av resultater**

Resultatstyring. Man koordinerer enhetene gjennom resultatkrav for den enkelte enhet. Aktivitetskravet er styrende for virksomhetens produksjon. Man skal levere på budsjett. Resultatstyring synes enklere i industriproduksjon enn i tjenesteproduksjon.

Kostnadsfordeling og inntektsgenerering kan være mer oversiktlig i produksjon av hermetikk, enn i en kirurgisk klinikk.

Jeg har kalt koordineringsmekanismen: ”Planen er sånn!”

#### **4.1.5 Standardisering av ferdigheter**

Kompetansestyring. Arbeidet blir koordinert på bakgrunn av kunnskap og erfaring. Kompliserte og kritiske arbeidsprosedyrer er standardisert gjennom trening og ferdigheter. Medlemmene i teamet vet hva den enkeltes oppgave i arbeidet går ut på, og skal bidra til et samlet resultat. En begrensende faktor kan være tilgang på trenet personell. Uten en navigatør i cockpit, kan ikke flyet ta av.

Jeg har kalt koordineringsmekanismen: ”Vi gjør det sånn og sånn!”

#### **4.1.6 Standardisering av normer**

Normbestemt styring. Man koordinerer gjennom normer. Organisasjonen er dogmatisk, med krav om å innordne seg, og å adlyde. Man taler ikke Roma midt i mot! En vesentlig begrensning er at dogmatikk sjelden åpner for pragmatikk.

Jeg har kalt koordineringsmekanismen: ”Sånn er det!”

#### **4.1.7 Koordineringsmekanismer i bruk**

Hvilke koordineringsmekanismer benytter praksiskonsulentene seg av i sitt arbeid, og hvilke koordineringsmekanismer møter de i møte med sykehus og fastleger? Ulike organisasjonstyper kjennetegnes av de ovennevnte koordineringsmekanismene. Før jeg argumenterer for hvilke koordineringsmekanismer jeg gjenkjenner i praksiskonsulentenes arbeid, vil jeg redegjøre for tre organisasjonstyper som kan representere henholdsvis sykehus, sykehusleger, og praksiskonsulenter / fastleger.

#### **4.1.8 Sykehus, en maskinorganisasjon?**

En maskinorganisasjon som organisasjonstype kjennetegnes av et sentralisert byråkrati, et tydelig hierarki, formelle prosedyrer, spesialiserte arbeidsoppgaver og av tunge støttefunksjoner som skal understøtte virksomhetens oppgaver og mål. Ved første øyekast kan sykehus fremstå som en maskinorganisasjon. Virksomheten er stor, organisasjonen er hierarkisk oppbygd med direktør, klinikksjefer, seksjonsledere, avdelingsledere, med videre. Stabs- og støttefunksjoner, rådgivere og teknikere skal bistå virksomhetens kjerneoppgaver, spesialisthelsetjenestens oppdrag: Pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring.

#### **4.1.9 Sykehuslegene, den profesjonelle organisasjonen i maskinorganisasjonen?**

Den profesjonelle organisasjonen kan være byråkratisk, men likevel desentralisert. På bakgrunn av spesialisert trening, ofte på standardiserte prosedyrer, gir disse ferdighetene en enerett til ulike profesjonene til å utføre de gitte oppgavene. Spesialistene velger sine egne båser, de er i stor grad selvstyrte innenfor eget fagområde. Det hierarkiske systemet blir snudd opp ned, den ansatte kan styre sjefen, eller kanskje i større grad, styre unna sjefen. Egenkontroll, eller profesjonskontroll utgjør den reelle korrigeringen. I sykehus kan det finnes eksempler på at den operasjonelle kjerne, legene, leder seg selv i større grad enn i andre organisasjoner.

#### **4.1.10 Fastlegene, en entreprenørorganisasjonen?**

En entreprenørorganisasjon er enkel, i betydningen av at strukturen er flat og oversiktlig. Alle kjenner sjefen, og sjefen kjenner alle, og sjefen er sjefen. For eksempel, en fastlegevirksomhet alene, eller i kontorfelleskap på et legesenter har kjennetegn som passer inn i organisasjonstypen entreprenørorganisasjon. Fastlegen er som regel et selvstendig rettssubjekt, en privat næringsdrivende med ansvar for tjenesten, for inntjening, for ansatt personell, for lokaler og for resultater.

## **5 Resultater og funn**

### **5.1 Sammenfatning, beskrivelser og begreper**

For hvert tema i problemstillingen har jeg laget en innholdsbeskrivelse. I innholdsbeskrivelsen sammenfatter det jeg har funnet i form av gjenfortellinger som kan legge grunnlag for nye beskrivelser eller begreper.

I avsnittene etter innholdsbeskrivelsen presenterer jeg de undersøkte begreper eller fenomener, og disse underbygges av direkte sitater fra datamaterialet. Av hensyn til anonymisering, har jeg ikke satt informantnummer bak sitatene.

### **5.2 Arbeidsformer. Hver gang vi møtes....**

#### **5.2.1 Innholdsbeskrivelse**

De ulike arbeidsformer innenfor praksiskonsulentordningen handler om det å møtes, om å handle, å være virksom, å foreta seg noe. Det gjennomføres møter mellom kollegaer på ulike arenaer og på ulike møteplasser. På møteplassene er hensikten å komme hverandre i møte, lære av hverandre, til det beste for pasienten og helsetjenesten. Oppdraget til praksiskonsulentene blir på en måte å oversette og overbringe forbedringsrommet i behandlingsskjeden mellom fastlegene og sykehuslegene. I denne virkelighetsforståelsen er det vesentlig å bevisstgjøre aktørene at behandlingslinja går begge veier, pasientene skal en kortere eller lengre tur innom sykehuset før de som regel skal tilbake til egen hverdag, og til fastlegenes hverdag. Hovedformene for kommunikasjon inn mot sykehuset fra fastlegene er henvisninger. Hovedformen for kommunikasjon ut til fastlegene fra sykehuslegene er epikriser. Da blir arbeidet med å forbedre disse rutinene et viktig og kontinuerlig arbeid. Realitetsforståelsen, og grunnlaget for å arbeide med forbedring i samhandlingen krever dialog og formidling. Ulike arenaer benyttes for å utvikle, utveksle, konkretisere og implementere den best praksisen på utvalgte og prioriterte felt i samhandlingen.

## **Fellesmøter**

Fellesmøtet på sykehuset er en god anledning for å presentere praksiskonsulentordningens målbeskrivelse, og konsulentene som er knyttet til ordningen.

*Og en gang i semesteret så har jeg som praksiskonsulent fått disponere den tiden der.*

## **Avdelingsmøter**

Praksiskonsulentene har deltatt på møter mellom de ulike klinikkene og de underliggende avdelinger, seksjoner og avsnitt. Materialet viser at praksiskonsulentene mener at potensialet for samhandling ligger i møtet med klinikkens operasjonelle kjerne, klinikernes arbeidssted; avdelingene, seksjonene, avsnittene. Det nytter lite å ha målsetningene forankret kun i ledelsen, hvis ikke klinikerne selv ser det som formålstjenlig, endres ikke praksis. Henvisninger og epikriser kan være temaer.

*Det har vært fruktbart, med felles mål. Det er viktig med samarbeid, det hjelper ikke bare å sitte en praksiskonsulent og en leder og finne ut av ting, vi må ha innspill på hva våre fastlegekollegaer er opptatt av, og det må være de som arbeider med pasientene på sykehuset også, som en må møte, og ... det konkrete er viktig. Mest mulig konkret! Alle vil jobbe for pasientens beste, men det kommer jo ingenting ut av ord alene.*

*..., men altså det å filtrere ting, å gå ut med ting som en føler at har ganske stor viktighet, og at folk er enige om at sånn skal det gjøres.*

## **”Møteplassen”**

I materialet er ”Møteplassen” den arenaen som samtlige praksiskonsulenter trekker frem som entydig positiv. Den ”treffer” visjonen i PKO. De gode eksemplene fremheves, og de dårlige eksemplene er et utgangspunkt for læring og endring av systemer og rutiner. ”Møteplassen” er også en informasjonsarena og en sosialiseringsarena mellom sykehusleger og fastleger. Hva kan sykehuset nå tilby, hva er nytt, hva skal gjøres annerledes heretter? Det blir lagt vekt på viktigheten av det å

bli litt mer kjent med hverandre. Tanken er at samhandlingen lykkes bedre når du vet hvem du kan snakke med, at han eller hun ikke er en ukjent, men noe mer enn kun et navn og et telefonnummer.

*..., en bolk der sykehuset forteller litt om hva de har å tilby generelt, eller om det er noe nytt ovenfor fastlegene, med videre. Så er det en bolk der fastlegene kan spør om hva som helst, både faglig og samarbeidsmessig. Man møter altså hverandre, face to face. Vi blir kjent, det blir lettere å ta kontakt med hverandre, du vet hvem som er i den andre enden av telefonen.*

*..., der man kan ha en dialog veldig direkte og der man har mulighet til å samkjøre seg faglig, ...*

*Når er det riktig å henvise, hvor mye må du ta ansvar for selv, hva er liksom så vanskelig at dette her skal du holde fingra langt unna, og bare sende til sykehuset, når skal du ta en telefon til spesialisten, alle sånne ting, det er samhandling i praksis.*

## **Praksisnytt**

Praksisnytt er en publikasjon som både sendes ut som papirutgave, samtidig som det er en nettside. Papirutgaven har et opplag på 850 eksemplarer og distribueres til fastleger, sykehusleger og aktuelle virksomheter. Det er et ønske om at all egnet informasjon fra sykehuset ut til fastlegene skal gå via Praksisnytt. Nettløsningen åpner for muligheten til å formidle, lagre, og oppdatere denne informasjonen fortløpende. Praksisnytt har et søkefelt hvor man raskt kan få frem den informasjonen man etterspør på et område. I Praksisnytt blir også informasjon om hospitering, kurs og arrangementer formidlet. Informantene karakteriserte Praksisnytt som en anvendelig informasjonsarena i selve ordningen, og i tillegg et praktisk og hensiktsmessig redskap i egen praksis som fastlege.

*Veldig bra, ting ligger på nettet, kjempe!*

*..., vi vil jo gjerne at all informasjon av denne typen fra sykehuset og ut til fastlegene skal gå gjennom Praksisnytt, for da blir det lagret elektronisk, for ellers så får du jo bare et ark med informasjon tilsendt, blant alle de 1000 andre arka du får,..*



*For mange slike prosedyrer blir jo også forandret slik at det er mye lettere å få ut i bruk når man kan forandre det via en nettløsning. (...). Jeg tenker at det er et veldig viktig arbeidsverktøy.*

### **Prosjekter / ressursgrupper**

Det er varierende meninger om effekten av deltakelse i ulike prosjekter. I store prosjekter over lang tid, vil begrensningen i timeressurs i stor grad "spise" tid fra andre oppgaver. Prosjekt som metode er godt kjent, men av de refleksjonene som kommer frem, anbefales det heller mindre, ikke byråkratiske prosjekter innenfor et konkret og konkretiserte oppgavefelt.

*..., vi er blitt invitert med inn i en del prosjekter som sykehuset har, det er for omfattende slik at vi bruker opp all tiden vår på et begrenset tema, så får vi ikke tid til noe annet, så der har vi bestemt oss for at å sitte i slike tradisjonelle prosjektgrupper som har møter i flere dager etter hverandre, gjør vi bare helt unntaksvis. Vi kan komme inn med noen råd, lese mail og kommentere og korrigere ting, men det å være med på en behandlingslinje fra a til å, ...*

*..., å gi råd inn til sykehusfolka som planlegger ett eller annet, er vår styrke, men vi må være med på korte punkter, å sitte sånn i lange utredninger, det kunne sikkert også vært interessant, men det er en annen type jobb føler vi.*

### **Kampanjer / legekantor / kurs**

Praksiskonsulentene har også arbeidsoppgaver i samarbeid med, og for nasjonale myndigheter. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen er et eksempel på dette. Besøk på legekantor er også en arena for informasjon om kurs og samhandling.

*..., jeg tar ett kontor hver uke, så skal den henge på venterommet, og vi oppfordrer nå alle fastleger til å skrive ut medisinalister, ...*

*..., da var vi rundt på alle legesentrene tror jeg, eller i smågrupper og orienterte om ordningen og, ...*

## **Ansatt**

Praksiskonsulentene er ansatt i en 10 % stilling ved sykehuset. Arbeidet organiseres på ulikt vis, men utgjør i gjennomsnitt cirka en halv dag per uke. Praksiskonsulentene ledes av en praksiskonsulentkoordinator.

*Vi har 10 % stilling. Jeg er ganske fri, og tilpasser arbeidet etter behov, jeg skriver timeliste. En måned færre timer, en annen måned flere, ...*

*... så har jo ikke jeg noe myndighet til å påby fastlegene å gjøre dette her ..., altså, jeg kan bare komme med en oppfordring, og da er det jo litt av poenget, at man har litt tyngde inn i, har en viss, ...*

## **5.3 Erfaringer. Får vi det til...?**

### **5.3.1 Innholdsbeskrivelse**

Flere informanter tydeliggjorde en ekte idealisme rundt det ”å få lov til å være med” i praksiskonsulentordningen. Man tror på visjonen for PKO, og ønsker å delta, og å gjøre en innsats, en forskjell innenfor samhandlingsområdet. Pasientperspektivet ble fremhevet i intervjuene. Det og også å bidra til endringer på systemnivået for best å kunne ivareta individnivået. Med et tydelig pasientperspektiv, og en holistisk tilnærming til helsesystemet går man i gang med oppdraget. Men, det er langt fra ønsket om å gjøre endringer, via prosessen for å få gjennomslag, til det å få tiltaket virkelig gjennomført i sykehussystemet. Mangel på gjennomføringskraft, og frustrasjonen med ikke å få fortgang i eksempelvis det å implementere nye retningslinjer, blir påpekt i materialet. Da lykkes man heller raskere og i større grad i de mer håndgripelige og konkrete oppgavene, og ikke minst i forhold til det å lage arenaer som fremmer dialog, diskusjon og læring, klinikerne imellom. Brobygging!

### **5.3.2 Rekruttering**

Informantenes deltakelse i ordningen strekker seg fra ordningens oppstart og via dens økning i antall stillinger gjennom perioden. En av informantene var ”fersk” i

ordningen, med ca to års fartstid. Praksiskonsulentene søker utlyste stillinger som er knyttet opp mot sykehusets klinikker og lokasjoner. En informant ble oppfordret til å søke seg inn i ordningen.

*Jeg har vært med helt fra begynnelsen,...*

*... da ordningen skulle utvides, ble det lyst ut flere stillinger, så søkte jeg en av dem.*

### **5.3.3 Motivasjon**

Det faktum at pasienter beveger seg mellom allmennhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er selve grunnlaget for praksiskonsulentordningen. Man ønsker sikre pasientforløp mellom hovedaktørene i helsevesenet, fastlegene og sykehus.

Bakgrunnen for opprettelsen av PKO var nettopp erkjennelse og erfaringer med utilfredsstillende samhandling i helsevesenet. Å forbedre denne samhandlingen, til det beste for pasienten, er toneangivende i det innsamlede materialet. Informering, læring og endring gjennom dialog, blir derfor viktige egenskaper for motivasjonens operasjonelle side frem mot målet. Fastleger og sykehusleger informerer hverandre og blir kjent med hverandre, gjennom, og på ulike arenaer i praksiskonsulentordningen.

*... hvor en skal se på ting som kan forbedres når det gjelder samarbeidet, og prøve å finne løsninger som er til beste for begge parter, og først og fremst for pasienten, og at pasienten skal oppfatte både 1. og 2. linja som et helhetlig helsevesen, det er en veldig viktig ting for meg.*

*.... at det å vite hvem vi er .., at det kommer pasienten til gode... Vi har veldig tro på de litt uformelle sidene ved det.*

*Pasienten er ofte veldig sårbare i den overgangen mellom sykehus og hjem, altså sårbare for misforståelser, sårbare for forglømmelser, sårbare for rutinesvikt, både hos hjelpeapparatet og hos seg selv, for det er en stressituasjon,... slik at det er en veldig sårbar del av behandlingsforløpet som praksiskonsulentordningen egentlig skal jobbe med, ...*

### 5.3.4 Nyttige erfaringer, fremmere

Praksiskonsulentene blir invitert inn som ressurs i ulike prosjekter i sykehusets regi. Det kan være arbeid i forhold til nye behandlingslinjer, epikrisemaler eller andre prosjekter av ulik lengde og bredde. Den tiden man har til rådighet er begrenset, så det blir gjort prioriteringer i forhold til hva praksiskonsulentene velger å delta på, og hva man da eventuelt må velge bort. I prosjekter som krever fysisk tilstedeværelse over mange dager forsøker man gjerne heller å bidra med innspill per mail, eller på annen måte å kommentere feltet det arbeides med, i forkant, underveis eller i selve høringsprosessen. Praksiskonsulentene har benyttet anledninger til å delta på klinikk møter, avdelings- og seksjonsmøter, hvor samhandlingstemaer drøftes. Spesielt blir møtene med klinikerne på avdelingene trukket fram som nyttige. Andre viktige arenaer som trekkes frem er ”Møteplassen”, smågrupper og legekantorene. ”Møteplassen” er en læringsarena for fastleger og sykehusleger. Ulike pasienthistorier og behandlingshandlingsforløp blir drøftet og kommentert. Hvilke tilbud finnes, hva er rett å gjøre? ”Møteplassen” blir karakterisert som svært nyttig. Praksiskonsulentene har også hatt oppgaver i forbindelse med etterutdanningskurs for allmennspesialister. At praksiskonsulentene besøker legekantorer blir også fremhevet som en viktig oppgave og arena for informasjon og samhandling. Riktignok blir det pekt på at det er noe ulik regelmessighet i prioriteringen og gjennomføring av dette tiltaket. Praksiskonsulentordningen har i tillegg sin egen nettside, ”Praksisnytt”. Informasjon fra sykehuset og annen vesentlig informasjon fra og i praksiskonsulentordningen finnes og oppdateres der. Og direkte kunne måle positive virkninger og effekter av ulike endringer og tiltak på systemnivå, som ordningen har bidradd til, kan være vanskelig. Derimot kan deltakelse på ”Møteplassen”, kurs og på andre arenaer, måles i den grad at oppslutningen er bra, den er stigende, og tilbakemeldingene er gode.

*Nå har vi hatt noen sånne runder hvor vi har møtt legene på avdelingene. Ikke bare ledelsen, men alle legene på de fleste avdelingene, for å ta opp dette med epikriser og henvisninger, og det synes jeg har vært fint, for det kommer kanskje noen innspill da, som du ikke får dersom du kun snakker med ledelsen. For det er jo der vi møter de som skriver epikrisene, og det er de som sitter med de henvisningene som de kanskje ikke*

*forstår, og der føler jeg at de har kommet med noen innspill som vi kan prøve å jobbe videre med, som vi ikke hadde fått, dersom vi bare hadde forholdt oss til ledelsen.*

*Det er faktisk to ting som vi har lyktes veldig bra med. Praksisnytt fordi at nå er det slik at all informasjon som går ut fra sykehuset som omhandler fastleger går gjennom Praksisnytt, og det leses av folk, både på papir og på nettet, det har vi en helt klar følelse av. Møteplassen tror jeg også blir veldig bra, etter hvert når den blir mer og mer kjent. Det kommer flere og flere på disse møtene, og jeg tror at selve formen med det å kunne, igjen det å ha ansikter, det er mye lettere å forholde seg til ansikter enn det er bare til noen navn, ukjente.*

*Vi opplevde disse møtene med avdelingene som veldig nyttige. Å drøfte litt uformelt, snakke rundt det med problemer som virkelig eksisterer. Ofte er det jo fint å snakke om problemer som ikke eksisterer, det kan jo bli en del myter, om at alle skriver dårlige henvisninger eller alle epikriser kommer for sent og er dårlige og slik, ... Hvor stort er problemet, hvordan kan man løse det? Jeg tenker at noe av det som er veldig fint med praksiskonsulentordningen er at man kan være en slik brobygger som tar hull på en del myter som lett kan forsteine seg og gjøre at man mistror hverandre, ...*

### **5.3.5 Dårlige erfaringer, hemmere**

Praksiskonsulentene arbeider i skjæringspunktet, i krysset mellom første - og andrelinjetjenesten. I alle kryss hvor retningen eller kulturen ikke er den samme, er det muligheter og fare for kollisjoner. Praksiskonsulentene har vært ”innblandet” i ulike former for kulturkollisjoner. Men, det er jo også gjennom de dårlige erfaringene, der det svikter, at det virkelig er et forbedringspotensial i forhold til kommunikasjon og oppgaveforståelse, at en bedre innsikt og konstruktiv samhandling kan utvikles. Finne flaskehalsene, og gjøre noe med det! I materialet var det ”god” variasjon i frustrasjonsnivået. Det var interessant hvordan ”frustrasjonsnivået” ble beskrevet, og ikke minst hvordan det ble tolket og brukt positivt og konstruktivt i arbeidet med forbedringer i samhandlingen. Tidshorisonten kan være en utfordring, aktørenes

forskjellige opplevelse av tid, byråkratisk tid og prosess, eller fastlegenes ønske om tidlig og kort prosess, blir beskrevet som noe krevende.

*Ja, hovedproblemet er, ... det er jo nok av gode ideer, men det er å få implementert det! Et lite eksempel, så tok det jo fire år, ... Det er noe av det som er utfordringen, det er mange ting en kan gjøre, men man må være veldig spissformulert, og det må være små prosjekt som du kan følge, og som kan faktisk bli implementert.*

*I samhandling så tror jeg det er viktig å være klar på det, å være praktisk rettet, ikke bruke for mye tid på ting, altså bare gjør det!*

*, ... de anbefalte privat psykolog, da vet vi at det er ingen som har mindre enn ett års ventetid av de private, da føler jeg at det ikke er noe svar, hvis du får det svaret, så er det ikke et svar. Det er ingenting du kan bruke til noe.*

*.., jeg tror det var så ille å få så gode råd fra noen som ikke var deres egne, jeg følte meg som en slik utenforstående som liksom kom og skulle fortelle dem hva de skulle gjøre, det likte de fryktelig dårlig, men jeg tror, jeg er ubeskjeden nok til å tro at det hadde en viss effekt.*

*Men når du kommer på sykehuset, så må du selv liksom finne en person eller to som du kan ha som kontakter, for det er ingen som liksom spretter opp og sier; Jeg er sykehusets kontakt her, vær så god, ta alt via meg, så skal jeg sørge for at det vi ble enige om liksom blir spredt ut til sykehuslegene. Det er ikke noe klart ansvar hvem som gjør det. Du er liksom avhengig av først og fremst å kjenne noen selv, ...*

### **5.3.6 Egen rolle – metaforer**

Motivasjon, visjon og egen rolleforståelse griper selvfølgelig inn i hverandre.

Praksiskonsulentene understreker viktigheten av at de to ”systemene” møter hverandre, ansikt til ansikt, både i betydningen av å utveksle erfaringer og faglige kompetanse, men ikke minst i betydningen av at fastlegene og sykehuslegene blir kjent med hverandre. Hvem er vi, hva gjør vi? Å knytte kjennskap letter og fremmer

samhandlingen. Denne ”brobyggingen” fremmer direkte og indirekte kvaliteten, tryggheten og sikkerheten i pasientbehandlingen.

*Man møter altså hverandre, face to face. Vi blir kjent, det blir lettere å ta kontakt med hverandre, du vet hvem som er i den andre enden av telefonen. Vi har fått veldig gode tilbakemeldinger fra fastlegene som har møtt på disse samlingene.*

*Jeg føler meg som et bindeledd, der målet er å øke forståelsen for hverandres situasjon på en måte. Når vi jobber på hver vår plass så er det på en måte litt ulike verdener, og det synes jeg er spennende oppgave.*

*At en ikke har en holdning om at sykehuset er håpløse, sier vi, og de sier fastlegene er håpløse, men når en kommer til fastlegen så er sykehuset en del av det samme systemet, det er en pakke, et samarbeid, en enhet, det er min visjon!*

*Hovedårsaken til at jeg er interessert og begeistret for praksiskonsulentordningen, og ønsker å være praksiskonsulent, er at jeg føler det veldig meningsfullt, fordi at gjennom årene så har man jo sett at dette er en sårbar fase, ved at pasienter kommer og man vet ikke helt hva man skal gjøre, og fra vår side, at vi ikke fanger opp ting som skulle vært gjort, slik at det er, det er liksom sentrum for meg, at dette er en bro som må styrkes.*

## **5.4 Forbedringer. Vi skulle kanskje...**

### **5.4.1 Innholdsbeskrivelse**

Praksiskonsulentene påpekte muligheter for forbedringer i ordningen både blant fastlegegruppen, sykehuslegene, på sykehusnivå, og i egne rekker. Det var et klart ønske fra praksiskonsulentene at ordningen skulle ”oppdages” av enda flere fastleger og sykehusleger. Utfordringer på sykehusnivå foreslås løst ved å tillegge en leder et særlig ansvar for samhandling, en person som gjennom sin stilling kan ”sørge for” at ønsket samhandling blir oversatt fra ord til handling, til rett tid, på rett plass. Dersom

deltakelse av praksiskonsulenter på samhandlingsarenaer ytterligere skulle utvides, ville det kunne fordre en tilsvarende utvidelse av stillingsprosent.

#### **5.4.2 Samhandlingssjef**

De fleste respondentene var tydelige på et ønske om å ha en ”samhandlingskollega” på sykehuset. En person med koordineringsansvar og gjennomføringsansvar på samhandlingsområdet. En slik organisering ville kanskje tatt bort en til dels gjennomgående frustrasjon: At ting tar så lang tid!

*Jeg ville hatt en samhandlingssjef på sykehuset, som var den kanalen vi kunne henvendt oss til og som hadde ansvar for at ting som en ble enige om ble implementert. ... du vet, på en måte er det 1000 andre oppgaver for ledelsen på et sykehus, samhandling kan da bli en liten del av alt det man skal styre med. Da blir det litt vaskeligere tror jeg å få plass til dette i det daglige.*

*..., som kan bli frikjøpt med noen timer i uka, til å kunne bistå oss, og kunne være liksom, sykehusets kontaktmann, akkurat som at vi er på en måte fastlegenes mann på sykehusene, så kunne vi hatt noen på sykehuset som var sykehusets mann vis a vis fastlegene.*

*Nå er vi avhengige av å treffe noen velvillige, helst entusiastiske folk der oppe også, de er det en del av, men det krever at du er litt kjent i systemet, ...*

#### **5.4.3 Konsolidering**

Praksiskonsulentene ser kvalitetene i dagens ordning, og ønsker å bidra til å styrke disse. Samtidig ligger det utfordringer i samspillet mellom de to systemene.

Praksiskonsulentene griper litt ulikt fatt i utfordringene, men først og fremst viser de en løsningsorientert holdning.

*Jeg tror ikke det er noe avgjørende å ha mange flere praksiskonsulenter. Det er noe med å bli litt kjent, da er det kanskje noe snaut med 10 % stillinger. Heller litt større stillinger for de som er der, det ville være nyttig. Og så har jeg litt tro på å la det*



*fortsette litt slik som det er i dag, for jeg synes det er en positiv utvikling, og en del av de fordelene man har ønsket seg med praksiskonsulentordningen er på gang allerede,...*

*..., så det å konsolidere ordningen slik som den er, for den har mange kvaliteter,...*

## **5.5 Samhandlingsreformen. Retningen videre...**

### **5.5.1 Innholdsbeskrivelse**

Samhandlingsreformen introduserer en tredje aktør, kommunene. Heretter skal kommunene ha et medfinansieringsansvar innenfor somatikken, med noen spesifikke unntak, for sine innbyggere i hver enkelte kommune. Kommunene har også nå plikt, fra dag en, til å ta i mot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Ett sett av økonomiske virkemidler inngår i reformen. Flere informanter mente at grunnlaget for reformen var noe spinkelt, og etterlyste realismen i en av reformens hensikter, å spare penger. Det ble også påpekt utfordringer i forhold til kommunenes kompetansebehov og kompetanseoppbygging. Vil intensjonene om kvalitet og forsvarlighet stå seg gjennomføringen av reformen? Forebyggingsperspektivet er viktig og riktig, men det fører ikke nødvendigvis til at befolkningen får mindre behov for helsetjenester, man pådrar seg skader, men kanskje enda mer ressurskrevende på sikt, flere eldre, og eldre eldre krever sammensatte og langvarige helse- og omsorgstjenester. Likevel ønskes samhandlingsreformen velkommen, men at det her er åpenbart masse penger å spare, det stiller flere informanter seg tvilende til.

### **5.5.2 Riktige forutsetninger**

Blant informantene var det noe engasjement å spore omkring samhandlingsreformen. Selve "samhandlingstanken" synes ukomplisert, innlysende og riktig, men realismen i "sparetiltaket" synes heller dårlig fundert og kommunisert. Det reageres også på reformens "forretningsmessige" overbygning, aktørene skal nå betale regninger og bøter. En slik ordning krever byråkrati, og er neppe kostnadsfritt.

*, ... det er mye jeg har vært positivt innstilt til i samhandlingsreformen, for jeg tror den har mye for seg, men jeg tror kanskje at tiltroen til at den skal løse så mange ressursproblemer, det har jeg ikke, fordi man kan ikke organisere seg vekk fra sykdom og død.*

*..., jeg synes jo at grunnlaget for hele samhandlingsreformen er, den hviler på et så spinkelt grunnlag, ... den bygger jo på en del forutsetninger som ikke jeg skjønner er riktige.*

*, ... jeg er veldig skeptisk til at man lager samfunnsordninger der forskjellige aktører i samfunnet skal drive og skrive ut bøter til hverandre.*

### **5.5.3 Kompetanse**

Et vesentlig poeng i en oppgaveoverføring må være at oppgavene kan løses der oppgavene flyttes til. Det tar tid å bygge opp og tilføre ny kompetanse i kommunene, særlig utfordrene kan det være i små kommuner. Man føler seg ikke helt trygg på at kvaliteten nødvendigvis vil være styrende, men at det er en fare for at tilbudene vil være tilstede, men at man går på akkord med innhold og kvalitet.

*..., det man mener at 1. linjetjenesten nå skal ta hånd om, at det må finnes før en sier at en skal ... ja, det må bygges opp.*

*, ... vi kommer til sykehjem i kommunene med veldig syke mennesker, slik at det trenges en kompetansereform parallelt med samhandlingsreformen,...*

*, ... de formelle krava blir fulgt, men det blir ikke det faglige innholdet i det som man ønsker, men man liksom hopper over det gjerdet på det stedet der det er lavest, og så sier man at, ja, vi gir tilbudet, men hvor god er kvaliteten i det tilbudet?*

### **5.5.4 Forebygging**

Fastlegene har alltid direkte eller indirekte drevet med forebygging. I materialet fremkommer det synspunkter som viser at forebygging kan være et tveegget sverd. De færreste eldre dør med skoene på. Flere eldre eldre vil sannsynligvis gi en befolkning

med større tilfang på for eksempel demens, og demensproblematikk. Andre samfunnsaktører og tilbud, enn fastlegene alene, trekkes frem som viktige forebyggingsarenaer og tiltak.

*Jeg har vel så mye tro på andre deler av samfunnet enn helsevesenet når det gjelder det temaet. Sykkelstier, gym i skolen, åpne svømmehaller, den typen ting, enn at legen skal hanke inn hver og en og si du må trene og du må ditt, jeg har liten tro på det, ...*

*, ... forebygger du, så blir jo folk friske, men da lever de jo lenger også, og da får du jo flere eldre. Det er jo på slutten av veien vi skal gå alle sammen, så blir vi, de fleste av oss hjelpetrengende. Vi håper jo å dø med skoa på, men det er jo flere og flere, ettersom vi lever lengre, som får på en måte en alderdom med et hjelpebehov. Så den besparelsen som skal ligge i den, har jeg ikke så tro på!*

*, ... demens det øker jo fra 80 år og oppover, altså fra hvert år du blir eldre så jo øker demensprosenten, den streken går rett til himmels ikke sant! Så hvis du har masse, enda flere folk over 90 år, eller 95 år i landet, så vil du ha kjempemange flere som er demente. Og det kan du ikke forebygge, det finnes ingen, ... så den der forebyggingstankegangen, at det skal spare penger, det er helt galt tror jeg.*

## 6 Analyse og diskusjon

I dette kapittelet sammenfatter jeg materialet på en mer generell form, for å peke på, gjenkjenne og kommentere enkelte eller flere av de seks grunnleggende koordineringsmekanismene fra teorigrunnlaget i praksiskonsulentenes arbeidsformer og erfaringer i møte med fastleger og sykehus.

Materialet under Arbeidsformer blir gjengitt i referatform. Materialet om Erfaringer, Forbedringer, og om Samhandlingsreformen blir gjengitt i en form som ligner direkte tale. Utsagnene her er ikke direkte sitater, men mine sammenfatninger og tolkninger av det sentrale innholdet innenfor disse temaene.

### 6.1 Tema Arbeidsformer

Under det overordnede temaet om arbeidsformer identifiserte jeg følgende begreper som sentrale: Fellesmøter, Avdelingsmøter, Møteplassen, Praksisnytt, Prosjekter / Ressursgruppe, Kampanjer / Legekontor / Kurs, og Ansatt.

#### 6.1.1 Fellesmøter

Praksiskonsulentene gav uttrykk for at de gjennom fellesmøtene på sykehuset hadde en god mulighet til å gjøre seg kjent for sykehusorganisasjonen, både som personer, men ikke minst, hvilke funksjoner og muligheter praksiskonsulentene har, eller ønsker å ha fremover.

Man kan ikke her snakke om en koordineringsmekanisme i den forstand som teorigrunnlaget legger opp til. Fellesmøtene gir praksiskonsulentene mulighet til å gi seg selv et ansikt inn i sykehusorganisasjonen, og å promotere ordningens visjon for et stort publikum. Noen i salen vil kanskje bli fremtidige samhandlingspartnere?

#### 6.1.2 Avdelingsmøter

Det var viktig for praksiskonsulentene å formidle viktigheten av at de på avdelingsmøtene treffer klinikerne der hvor pasientbehandlingen skjer. At de blir kjent

med personellet og at de kan diskutere behandlingslinjene på systemnivå, men som i neste omgang kan føre til positive og ønskede endringer for ulike pasientforløp på individnivå. Sykehuslegene og fastlegene kan via praksiskonsulentene drøfte og formidle innsikt fra ”to verdener”, og ideelt sett enes om ett ”verdensbildet”, eventuelt anerkjenne at det finnes flere!

Dersom en behandlingslinje blir endret som resultat av innspill og drøftinger mellom praksiskonsulentene og klinikerne på sykehuset, har denne prosessen, i dette tilfellet, startet gjennom gjensidig tilpasning. Skal vi gjøre det sånn som nå, eller er det andre måter å løse oppgaven på? Som en konsekvens av endringene må det utarbeides en ny arbeidsinstruks på feltet. Koordineringsmekanismen er standardisering av arbeidsprosesser, som formidles og kommuniseres ut i organisasjonen: Sånn er prosedyren nå!

### **6.1.3 Møteplassen**

Møteplassen ses på som svært viktig arenaen for gjensidig læring. Sykehuslegene, fastlegene og praksiskonsulenter møter hverandre. Pasientforløp er sentreringspunkt. Det arbeides på en induktiv måte. Pasienthistorier drøftes, gode pasientforløp anskueliggjøres og dårlige forløp forsøkes forbedret. Hvilke feil gjøres, hvilke dårlige rutiner må endres? Man forsøker sammen å fase disse ut gjennom bedre samforståelse og bedre samhandling. En fremtredende holdning er at pasientene skal oppleve at fastlegene og sykehuset er en enhet, riktignok to nivåer, men samtidig innenfor samme tjeneste eller system.

På en slik læringsarena er poenget nettopp det å lære av hverandre, gjennom eksempler, for å forbedre praksis. Den overordnede holistiske holdningen i forhold til pasienten ønskes konkretisert i handlinger. Koordineringsmekanismen kan ligne en positiv tilnærming til standardisering av normer; hvem er vi til for, hva er vår oppgave? Eksisterende prosedyrer blir utfordret av uheldige eksempler, og gode rutiner blir forsterket av gode eksempler. Arenaen legger opp til et kommunikativt miljø, gjennom dialog, gjensidig tilpasning. Skal vi gjøre det sånn, eller sånn? På

samme måte vil spørsmål om justeringer av arbeidsinstruks og prosedyrer bli temaer. Sånn er prosedyren nå, bør den endres, trenger vi en ny; standardisering av arbeidsprosesser? Vil dette eventuelt også få konsekvenser for; standardisering av ferdigheter? På Møteplassen drøftes eksempler og erfaringer som på et senere tidspunkt kan operasjonaliseres gjennom ulike koordineringsmekanismer i samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten, både på individ- og systemnivå.

#### **6.1.4 Praksisnytt**

Praksiskonsulentene mener at Praksisnytt leses og er et nyttig redskap i samhandlingen. Der ligger alle nye henvisningsrutiner og prosedyrer oppdatert. Dersom man tar i bruk dette verktøyet reduserer man muligheten for at henvisningene blir mangelfulle. Alle fastlegene kan få all informasjon som sendes ut fra sykehusene via Praksisnytt på nett. I tillegg annonseres alle kurs og hospiteringer i regi av sykehuset, legeforeningen og andre aktuelle samarbeidspartnere på Praksisnytt.

Praksisnytt er en informasjonsplattform. I den grad den virker som en ”endringsagent”, kan koordineringsmekanismen kanskje gjenkjennes som en slags; direkte veiledning; sånn skal dere gjøre det nå!, og; standardisering av arbeidsprosesser; sånn er prosedyren heretter!

#### **6.1.5 Prosjekter / Ressursgruppe**

Med begrenset tid satt av til konsulentarbeidet, en 10 % stilling, gir praksiskonsulentene uttrykk for at de i mindre grad er med i omfattende og tidkrevende arbeidsgrupper nå enn tidligere. De er ofte invitert med inn, men benytter seg mer av muligheten til å komme med innspill underveis i arbeidet. Dette ses imidlertid på som et viktig arbeid hvor nettopp intensjonen i PKO søkes ivaretatt, det å identifisere og fjerne flaskehalser i, og mellom linjetjenestene. Skulle praksiskonsulentene deltatt på alle møter i forbindelse med alle behandlingslinjer som skal revideres, måtte stillingene antakeligvis vært utvides. Praksiskonsulentene gir uttrykk for at deres innspill per mail, og enkelte møter i slutfasene, stort sett ivaretar perspektivene i forhold til pasientene sett fra 1. linjetjenesten.

I en slik arbeidsprosess er ikke de aktuelle koordineringsmekanismene til stede. Det er først når, og hvorledes eventuelle nye behandlingslinjer gjøres kjent og implementeres, at man kan gjenkjenne om praksiskonsulentenes innspill er tatt hensyn til eller ikke, og om eventuelt hvilke koordineringsmekanismer som kan gjenkjennes.

### **6.1.6 Kampanjer / Legekontor / Kurs**

Praksiskonsulentene, særlig ved ett av sykehusene, er aktive i forhold til det å besøke legekontorer. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen, ”I trygge hender – 24/7”, blir for eksempel promotert ved personlig oppmøte på det enkelte legekontor. Besøk på legekontor åpner også opp for ”en prat med hele personellet på legekontorene”. Det blir gitt uttrykk for at det er trivelig å møte på de forskjellige legekontorene, og at man får tid til litt uformell prat også, svare på en del spørsmål om løst og fast, og om kurs, og om planene fremover.

Å formidle temaer fra den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen ute i legepraksisene kan minne om koordineringsmekanismen; standardisering av resultater, hvor planen, oppdraget, og forventningene er gitt fra sentralt hold. Dialogen om andre temaer i møte med legepraksisen, vil åpne for; gjensidig tilpasning, en gjensidig erfaringsutveksling fra og om, klinikernes hverdag.

### **6.1.7 Ansatt**

Praksiskonsulentene er ansatt på sykehuset, så lojaliteten ligger selvfølgelig på et vis der. Samtidig gir de uttrykk for å være ganske og frie og selvstendige i arbeidet. De gir tydelig uttrykk for å være entusiastiske og kreative, og at arbeidet gir mening. De ønsker å få til noe konkret, at forslagene til endringer settes ut i handling. ”Av ord alene blir det stort sett ikke noe handling av”. Praksiskonsulentene gir også uttrykk for at veien blir litt til mens man går, men at de opplever at ordningen i det store virker og er nyttig, og at retning er riktig.

Utsagnene her handler mest om motivasjon, og ikke nødvendigvis om en eller flere koordineringsmekanismer i funksjon.

## 6.2 Tema Erfaringer

Under det overordnede temaet om erfaringer, identifiserte jeg følgende begreper som sentrale: Rekruttering, Motivasjon, Nyttige erfaringer, Dårlige erfaringer, Egen rolle – metaforer.

### 6.2.1 Rekruttering

Etter hvert som ordningen er utvidet er flere praksiskonsulenter kommet til, vi er nå 8 konsulenter. Man søker på eventuelle ledige stillinger tilknyttet det enkelte sykehus, i noe grad kan man vel si at det også er en form for personlig rekruttering, i hvert fall på den måten at man kan bli oppfordret til å søke.

I forhold til rekruttering, er det ikke koordineringsmekanismer, men heller motivasjonsfaktorer som gjør seg gjeldende.

### 6.2.2 Motivasjon

”Motivasjonen” ligger i selve målbeskrivelsen til praksiskonsulentordningen, – identifisere flaskehalser og finne løsninger til det beste for pasientene. Vi har jo søkt på disse stillingene frivillig. Det handler om å være løsningsorientert, et ønske om at ting skal bli bedre. Det er veldig viktig å bygge ned disse hindringene, disse barrierene mellom første- og andrelinjetjenesten, vi er ett helsevesen! Vi er nok idealister, vi tar tak i utfordringene! Dialogen oss klinikere i mellom er en verdi i seg selv. Vi utveksler erfaringer. Det er det å lære av erfaringer, som igjen kan føre til positive endringer. Det er jo ikke til syvende og sist vi jobber for pasientene, men først og fremst!

Sentreringspunktet skal være rundt pasientens behov, vi skal fasilitere trygghet og faglighet for en sårbar gruppe i en sårbar fase. Så lykkes vi med noe da, og så blir vi frustrerte på andre felt. Ting tar tid, noen er jo mer utålmodige enn andre, så gjelder det altså å bruke denne utålmodigheten på et fornuftig vis.

Vi gjenkjenner koordineringsmekanismene, eller i hvert fall et ønske om:

Standardisering av normer; pasientsikkerhet, faglighet og trygghet, og gjensidig tilpasning; dialog, erfaringsutveksling og endringsvillighet.



### 6.2.3 Nyttige erfaringer, fremmere

Vi er alle enige om at særlig ”Praksisnytt” og ”Møteplassen” er formålstjenlige og nyttige i selve ordningen. Praksisnytt ivaretar informasjonsflyten mellom sykehuset og fastlegene på en god og tilgjengelig måte, og er en ressursbase som brukes aktivt. ”Møteplassen” er møteplassen! Vi lærer av hverandre, blir kjent med hverandre, vi bygger ned de unødvendige skillene som kan synes å være mellom oss. Det at praksiskonsulentene etter hvert har et bredt kontaktnett både blant fastlegene og blant sykehuslegene gjør at arbeidet kan lykkes bedre. Man må satse på de viktige tingene, det konkrete, det som er oppfattet som nyttige for begge parter. Blir det for sært, så blir det for sært. Blir det for stort, så blir det for stort! Vi praksiskonsulenter trenger jo heller ikke å finne opp kruttet igjen hver gang. Gjør de noe lurt andre steder kan vi lære av det, og prøve å få dette til hos oss.

Gjensidig tilpasning; vi lærer av hverandre og blir kjent med hverandre.

Standardisering av arbeidsprosesser; den nye prosedyren er tilgjengelig og iverksatt.

### 6.2.4 Dårlige erfaringer, hemmere

Hvorfor tar det så lang tid med implementeringen? Vi var jo enige om nye rutiner og retningslinjer! Vi forstår selvfølgelig at klinikkene er store og sammensatte. Klinikk for psykisk helse, KPH, har jo virksomheter ”over alt”, ABUP, ARA, poliklinikker, sengeposter og DPS-ene ute i kommunene. Likevel er det svært frustrerende når ting vi er blitt enige om trekkes så lagt ut i tid. Det har vel også hendt at enkelte grupper av spesialister har følt seg litt ”trøkket på tærne”. Da blir det ikke lettere å få til endringer. Vi tilhører jo til, for å si det litt forsiktig, i to ulike tradisjoner. Fastlegene er jo slik sett selvstendig næringsdrivende, mens sykehuslegene er ansatte i store og byråkratiske organisasjoner. Det står nok neppe på viljen, men systemet griper om seg. Møter, diskusjoner frem og tilbake, møter igjen, høringer, og møter igjen. Uker, måneder og år går! Vi har et annet tempo og horisont i vår hverdag. Det er en tid for alt, men vi føler nok at sykehussystemet gjør at mange av de ønskede endringer er langt på ”overtid”. Ting tar tid, men tiden kan også ta litt av gnisten!

Her etterlyses koordineringsmekanismene; direkte veiledning, hvem tar ansvar? Standardisering av arbeidsprosesser; prosedyren skulle jo endres, men det skjer jo ikke! Standardisering av normer; holdninger må ha innhold, ikke bare uttrykk!

### **6.2.5 Egen rolle – metaforer**

Vi må bygge ned disse unødvendige skillene som er mellom 1. og 2. linjetjenesten. Det er lite hensiktsmessig å stå på hver sin side av et høyt gjerde, eller av en elv, og å rope til hverandre. Nei, gjerdene må bygges ned, eller broer må bygges slik at det er lett å komme over, møtes, prates, informere hverandre, bli kjent, bryte ned barrierene. Det er det med broer, de skal ikke bare skal få deg trygt fra A til B, men også fra B til A.

Denne visjonen eller misjonen, peker vel nettopp i retning av at flere av koordineringsmekanismene ikke er optimale, men kanskje heller hindrer effektiv og nyttig samhandling mellom fastlegene og sykehusene. Organisasjonstypene og koordineringsmekanismene i disse ”kolliderer”. På vegne av pasientene skal praksiskonsulentene nettopp derfor, arbeide for å optimalisere hensiktsmessige koordineringsmekanismer.

## **6.3 Tema Forbedringer**

Under temaet om det overordnede temaet om forbedringer identifiserte jeg følgende begreper som sentrale: Samhandlingssjef, Konsolidering.

Koordineringsmekanismene, eller ønsker om slike, kommenteres ikke ytterligere her.

### **6.3.1 Samhandlingssjef**

Det er klart at samhandlingen gjennom praksiskonsulentordningen kan forbedres, vi savner nok først og fremst en dedikert samhandlingsstilling på sykehuset, en person som har ansvar for samhandlingsoppgaver, og reell myndighet til å implementere nye eller forbedrede løsninger. Vi opplever nok at sykehusets ”vesen” er komplisert, store ressurskrevende ”systemer” settes i gang for å kartlegge det eventuelle

forbedringspotensialet, en svært lang utredningstid forbrukes, og implementeringen synes vanskelig og strekker ut i tid, på tross av at vi er enige om det nye tiltaket, eller den nye retningen.

### **6.3.2 Konsolidering**

Det er ingen grunn til at praksiskonsulentordningen nødvendigvis skal revolusjoneres. Tvert om, vi legger vekt på at ordningen allerede har mange kvaliteter og at den går i riktig retning. En styrking av Praksiskonsulentordningen kan eventuelt skje ved at dagens stillingsstørrelser blir økt, og ikke nødvendigvis ved at flere små stillinger ble utlyst. Det er klart at både sykehusleger og fastleger kan være mer aktive og ta kontakt med oss praksiskonsulentene. Da kan de bli kjent med, og bruke de mulighetene og de ressursene som ligger i praksiskonsulentordningen. Men da blir jo nettopp vår oppgave å være pådrivere til å gjøre ordningen mer kjent og ”brukervennlig”.

## **6.4 Tema Samhandlingsreformen**

Følgende begreper er sentrale: Riktige forutsetninger, Kompetanse, Forebygging.

Koordineringsmekanismene, eller ønsker om slike, kommenteres ikke ytterligere her.

### **6.4.1 Riktige forutsetninger**

Det må nok sies rett ut, at det er en stor usikkerhet om de forutsetningene som er grunnlaget for Samhandlingsreformen, virkelig er tilstede og riktige. Alle har jo sansen for LEON- prinsippet, men det kan stilles store spørsmålstegn ved alle påstandene om at det store overforbruket av spesialisthelsetjenester i virkeligheten er så stort.

### **6.4.2 Kompetanse**

Dersom en rekke tjenester skal flyttes ut i kommunene er man avhengig av at kompetansen også er på plass ”der ute”. Man må spørre seg om pasientene virkelig vil kunne få et tilsvarende tilbud i hjemkommunen som de til nå har fått i

spesialisthelsetjenesten. Det er ille hvis reformen fører til en ”nivåsenkning” i kvalitet og faglighet.

### **6.4.3 Forebygging**

Forebyggingsperspektivet er mangesidig. Forebygging fremmer helse, og livskvaliteten øker. Samtidig fører forebygging til at levealderen øker i befolkningen, flere folk lever lengre og de eldre blir eldre. Flere eldre krever på et tidspunkt økt innsats fra helsevesenet. Det kan jo tenkes at disse faktorene forsterker hverandre på en måte som gjør at utfordringene bare forskyves frem i tid.

## **6.5 Validitet**

Studien er foretatt omkring en lokal variant av Praksiskonsulentordningen, og gir oss kunnskap om denne. Mine konklusjoner retter seg mot den undersøkte lokale ordningen. Man kan derfor ikke entydig hevde at studien har en direkte overførbarhet til andre lokale utgaver av Praksiskonsulentordningen.

# 7 Oppsummering

## 7.1.1 Organisasjonstyper

Praksiskonsulentordningen som organisasjonstype, gir oss en utfordring i forhold til Mintzbergs kategorisering av organisasjonstyper. Er praksiskonsulentordningen en entreprenørorganisasjon, en profesjonell organisasjon, en innovativ organisasjon, eller kanskje en misjonerende organisasjon?

Jeg har kommet til at praksiskonsulentordningen som organisasjonstype faktisk tar inn over seg karaktertrekk ved alle de fire nevnte organisasjonstypene. Den er entreprenøraktig i den forstand at strukturen er flat, en koordinator leder et antall konsulenter, og konsulentene leder så seg selv. Det er en profesjonell organisasjon i den betydning at medarbeiderne er høyt utdannet, de har ervervet seg ferdigheter og kunnskap gjennom et langt, formelt utdanningsløp og gjennom sin yrkesutøvelse. Organisasjonstypen kan også ses på som innovativ. Praksiskonsulentene beveger seg rundt i et dynamisk landskap, dager i egen fastlegepraksis, en dag ute i felten på legekontorbesøk, en dag i møte med klinikerne på avdelingen, en dag involvert i prosjektarbeid om en ny behandlingskjede, og om kvelden er man kanskje kursholdere. Praksiskonsulentene bidrar med, og deler sin kunnskap og ekspertise. På sett og vis bærer organisasjonstypen også med seg kjennetegn på den misjonerende organisasjonen, PKO-håndboka beskriver visjonen, og praksiskonsulentene besørger misjonen.

Kan arbeidsformene og koordineringsmekanismene si oss mer om hva slags organisasjonstype vi har med å gjøre, nettopp i møte med andre organisasjonstyper og kanskje motstridende koordinasjonsmekanismer?

## 7.1.2 Koordineringsmekanismer

Praksiskonsulentene gir uttrykk for bedre å nå frem hos klinikere på sykehuset og blant sine kollegaer på legekantorene, enn nødvendigvis hos ledelsen på sykehuset eller gjennom maskinbyråkratiets tidkrevende prosesser. Dette skyver i retning av at

praksiskonsulentene har en entreprenøraktig grunnholdning, og samtidig en positiv forventning til den profesjonelle organisasjonen, representert ved klinikerne.

Ledelse må alle sykehus ha, men koordineringen av oppdraget for praksiskonsulentene hevdes å lykkes bedre når det skjer nedenfra. Vi kjenner igjen koordineringsmekanismene gjensidig tilpasning og direkte veiledning, som igjen kan føre til standardisering av arbeidsprosesser og ferdigheter, i motsetning til det ledelsesmessige og administrative styringsverktøyet, som ofte kjennetegnes gjennom standardisering av resultater.

Samtidig er det en kollisjon mellom praksiskonsulentene sine entreprenørholdning og sykehuslegenes faktiske muligheter til å kunne endre rutiner og prosesser så raskt som ønskelig. Et sykehus er en kompleks organisasjon med flerfoldige lokasjoner og funksjoner. Selv om sykehusklinikkene som regel er tversgående, viser det seg at implementering av nye rutiner er en langdryg prosess, hvor lokale rutiner har stor overlevelseskraft. Fordi disse prosessene er så saktegående og fordi praksiskonsulentene så utålmodige, dukker det opp andre arenaer som fyller endringsbehov, som for eksempel ”Møteplassen”.

I klinikkene og på avdelingene, der spesialistene arbeider, gjennomføres det en kontinuerlig faglig oppdatering og spesialisering. Denne kunnskapen ønsker praksiskonsulentene at spesialistene skal dele med fastlegene, og spesialistene deler dette ønsket. Derfor lages det arenaer hvor kunnskap og erfaringer kan deles mellom spesialistene fra sykehuset og spesialister fra allmennhelsetjenesten. ”Møteplassen” blir den konstruktive dialogen og samhandlingsarenaen i den eller så massive spesialisthelsetjenesten. Igjen finner vi koordineringsmekanismene gjensidig tilpasningen og direkte veiledning, som på sikt kan føre til standardisering av arbeidsprosesser og ferdigheter.

Praksiskonsulentordningen har flere av de typiske kjennetegnene som karakteriserer en entreprenørorganisasjon, den er liten, flat, fleksibel, visjonær og nisjesøkende, og hvor koordineringsmekanismene, gjensidig tilpasning og direkte veiledning er utgangspunktet for en ønsket endring, og en forbedring innefor samhandlingsfeltet.

## 8 Konklusjon

### Samhandling om praksis, i praksis

Praksiskonsulentene i denne lokale varianten av praksiskonsulentordningen, har benyttet seg av forskjellige typer arbeidsformer for å løse oppdraget deres. Enkelte arbeidsformer blir prioritert opp fremfor andre. Det oppleves, på bakgrunn av erfaring, at endringer og forbedringer lettere lar seg gjennomføre ved å arbeide nedenfra og opp, enn ovenfra og ned. Praksiskonsulentene er et lite ”system” inn i et stort sykehussystem. Klinikerne, fastlegene og sykehuslegene, må møtes, og sammen bli enige om hva som er lurt, og om hva som praktisk, og hva som faktisk lar seg gjennomføre i samhandlingspraksis. Det er lettere å ta tak i en konkret problemstilling og endre praksis der, enn at en overordnet strategi skal løse konkrete oppgaver alene.

Implementeringsutfordringer på systemnivå er sterkt fremtredende i materialet. Lang saksbehandling, multipl involvering og ulike sykehuslokasjoner vanskeliggjør operasjonaliseringen av samhandlingen. En viktig rolle for praksiskonsulentene blir derfor å skape arenaer for felles deltagelse og informasjonsformidling mellom allmennhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, der klinikere møter klinikere. Denne brobyggerholdningen og samhandlingsoppgaven utøves på faglig utviklende, tillitskapende og sosialiserende møteplasser.

Praksiskonsulentene ser ikke behov for å gjøre de store endringene i den formen som ordningen har nå, men ønsker kontinuerlig å forbedre de kvalitetene som allerede er til stede i ordningen. To satsninger skal virke i ønsket retning, det å gjøre ordningen mer kjent, og det å stimulere til mer aktiv deltagelse for, og fra dem som ordningen er rettet mot.

Samhandlingsreformen introduserer en ny ”avtalepartner”. Spesialisthelsetjenesten og kommunene er forpliktet gjennom lov og forskrifter til å samhandle. Erfaringer fra praksiskonsulentordningen kan kanskje veilede denne samhandlingen inn på et riktig spor, og gi nyttig erfaringsbakgrunn for en realistisk retning på denne nye samhandlingsarenaen?





# Litteraturliste

Malterud, K. (2008) Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget.

Mintzberg, H. (1989) Mintzberg on Management. New York: The free press.

Risanger, V. (2008) Mind the Gap! Stavanger: Universitetet i Stavanger.

Ytreland Vistnes, O.M. (2008) Bridging Troubled Waters. Stavanger: Universitetet i Stavanger.

Nettlinker:

Allmennlegeforeningens håndbok for praksiskonsulenter og praksiskoordinatorer (PKO-håndboka). (2004).

<http://legeforeningen.no/yf/Allmennlegeforeningen/Fra-foreningen/Debattskrift-handboker-og-rapporter/pko-handboka/>

Helsedialog- Program for samhandling i helsetjenesten, <http://www.helsedialog.no/>

Rammeavtale mellom de Regionale helseforetak og Den norske lægeforening om praksiskonsulentordningen. (2005).

<http://legeforeningen.no/yf/Allmennlegeforeningen/Fra-foreningen/Debattskrift-handboker-og-rapporter/de-regionale-helseforetakene/rammeavtale-mellom-de-regionale-helseforetak-og-den-norske-lageforening-om-praksiskonsulentordningen/>

Regjeringen (2009) Samhandlingsreformen. St. meld. 47. (2008-2009)

<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

Årlige rapportering om ordningen fra RHF-ene. Årsrapport 2010, Helse Sørøst;

[http://www.helsedialog.no/praksiskonsulent\\_pko/](http://www.helsedialog.no/praksiskonsulent_pko/)

# Vedlegg

Samtykkeerklæring

Informasjonsskriv

Intervjuguide

## Vedlegg 1: Samtykkeerklæring om deltakelse i intervju

Prosjektet: Praksiskonsulentordningen - en studie av praksiskonsulenters erfaringer

Samhandlingsreformen er innført per 01.01.2012. Mens reformen består av lover og forskrifter er jeg opptatt av samhandling i praksis. Siden praksiskonsulentordningen kom i stand før Samhandlingsreformen ble vedtatt, ser jeg ordningen som et eksempel på frivillig samhandling. Her tror jeg det kan være kunnskap om samhandling som kan være nyttig å belyse.

I dette forskningsprosjektet, som skal lede til en masteroppgave, vil jeg undersøke hva slags arbeid praksiskonsulenter gjør, og hvilke erfaringer praksiskonsulentene har med arbeidet. Gjennom intervjuer med praksiskonsulenter tilknyttet et bestemt sykehus, er målet å finne ut hva praksiskonsulentene ser som nytteverdien av ordningen, hvilke styrker og svakheter den har, og hvilke endringer og forbedringer som kan gjøres.

Det er frivillig å være med i undersøkelsen og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere.

Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven.

Opplysningene anonymiseres fortløpende, og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2012.

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet ”Praksiskonsulentordningen - en studie av praksiskonsulenters erfaringer.”

Jeg ønsker å delta i studien.

Dato: \_\_\_\_\_

-----

Praksiskonsulent

-----

Student

**Vedlegg 2:** Forespørsel om å delta i intervjuundersøkelse om:

**Praksiskonsulentordningen - en studie av praksiskonsulenters erfaringer.**

Jeg er mastergradstudent i helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo, og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven.

Undersøkelsens formål er å fremskaffe ny kunnskap om hvordan et utvalg av praksiskonsulenter opplever ordningen, dens styrker og svakheter.

1. Å utforske hvilke arbeidsformer praksiskonsulentene har innen sitt felt av praksiskonsulentordningen.
  2. Å utforske hvilke erfaringer praksiskonsulentene har fått innenfor sitt felt av praksiskonsulentordningen.
- Hvilke nytteverdi har PKO for helsetjenesten?
  - Hva er styrker, og hva er svakheter ved ordningen?
  - Hvilke endringer og forbedringer bør gjennomføres?

I denne studien vil utvalget av informanter være 5 praksiskonsulenter ved NN sykehus HF. Jeg vil gjennomføre en samtale med hver av respondentene av ca. 1 times varighet. Samtalen vil bli tatt opp på lydbånd.

Opplysningene vil bli analysert og behandlet konfidensielt. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og lydopptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen 31.12. 2012.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg. Intervjuene er tenkt holdt i uke 5, 6 eller 7.

Å delta i intervjuundersøkelsen er frivillig, og du kan trekke tilbake samtykket uten å oppgi grunn mens studien pågår.

For mer informasjon, kan du ringe meg på 950 75 596, eller sende en e-post [e.a.bakke@studmed.uio.no](mailto:e.a.bakke@studmed.uio.no) Du kan også kontakte min veileder, Førsteamanuensis, dr.med. Jan C. Frich ved Institutt for helse og samfunn, UiO på nr. 23075308 / 48057813.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Eyolf Aleksander Bakke  
Føreidsgate 13  
4876 Grimstad

### **Vedlegg 3: Intervjuguide.**

#### **Praksiskonsulentordningen - en studie av praksiskonsulenters erfaringer.**

Undersøkelsens formål er å fremskaffe ny kunnskap om hvordan et utvalg av praksiskonsulenter opplever ordningen, dens styrker og svakheter.

- Egenpresentasjon, takke for at jeg fikk anledning til å gjøre intervjuet. Har du spørsmål til selve gjennomføringen av intervjuet, eller spørsmål rundt eventuelt videre bruk av materialet / analysene? Du vil selvfølgelig få tilsendt den ferdigstilte oppgaven.
- Kan du fortelle litt om hvor lenge du har vært praksiskonsulent, og om hvordan du ble rekruttert eller interessert i dette samarbeide?
- Jeg har forstått det slik at praksiskonsulentene har sine felt eller fagområder innenfor ordningen. Hva er ditt felt, og hvordan griper du an dette arbeidet? Det hadde vært fint om du kunne konkretisere arbeidsformen / arbeidsgangen / metoden gjennom ett eller flere eksempler. Hvem, hvilket nivå har du kontakt med, hvordan kommuniseres det?
- Er det ett eller flere eksempler fra ditt felt hvor du kan peke på at du følte, eller vet, at arbeidet lyktes i større grad enn i andre eksempler? Hva mener du var årsakene til at man lykkes bedre i det ene tilfellet enn i det andre?
- Med den erfaringen du nå har fra praksiskonsulentordningen, hvordan vil du beskrive nytteverdien totalt sett fra ditt ståsted? Hvem kommer best ut, sykehuset, fastlegene, eller er der et likeverdig utbytte? Hvor ligger styrken ved ordningen og hvor ligger svakhetene?
- Hvis du var ”den store PKO-sjefen”, og du ikke i særlig grad måtte ha tatt hensyn til økonomiske og administrative forhold, hvordan ville du da ha endret eller organisert morgendagens PK-ordning?
- Hvilke refleksjoner gjør du deg i forhold til samhandlingsreformen, i lys av dine erfaringer fra praksiskonsulentordningen?
- Er det noe jeg ikke har spurt om, temaer eller spørsmål som du gjerne vil formidle?

